

João de Almeida Santos Pacheco Palha

Dissertação de Mestrado

Contributo para a validação da versão portuguesa do instrumento de avaliação
VOICE (*service users' perceptions of inpatient care, Views on Inpatient Care*)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira

Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas
Organização Mundial de Saúde, Departamento de Saúde Mental e Dependência de
Substâncias



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Lisboa

2014

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar por agradecer a Jo Evans, investigadora e utente, pelo seu incansável apoio ao longo deste projeto e ao *King's College London – Institute of Psychiatry*, pela permissão dada para o uso do VOICE.

Também queria agradecer à Casa de Saúde de Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras), onde o estudo foi realizado e às pessoas que diretamente colaboraram neste trabalho, nomeadamente as ajudantes ocupacionais Vânia Pereira e Luísa Matos, a secretária Judite Lourenço e ao Enfermeiro Chefe da Unidade, Bruno Santos, durante a fase da recolha dos questionários.

À Encontrar-se, na pessoa da minha irmã Doutora Filipa Palha, que articulou com a Jo Evans nas várias questões que iam surgindo e que me deu todo o apoio necessário. Também ao Prof. Doutor Pedro Dias, que ajudou na parte da análise dos resultados.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira, por me ter conduzido neste caminho, onde um psiquiatra dedicado à clínica se intrometeu, por momentos, no mundo académico e da investigação.

Aos utentes que aceitaram participar neste estudo, sem os quais este trabalho não teria sido possível e a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a sua realização.

*Dedico este trabalho às **Clarinhas** da minha vida... com todo o meu amor.*

RESUMO

Nos últimos anos assistiu-se a um reposicionamento das pessoas portadoras de doença mental na sociedade, no sentido de viverem em pleno os seus direitos, sem restrições. Esta tendência acompanhou as transformações que se têm vivido na forma como os utentes dos serviços de saúde interagem com os mesmos e com os profissionais de saúde, de forma a permitir uma maior autonomização e responsabilização no que concerne ao tratamento da sua doença, a relação que estabelecem com o seu médico, e a participação na avaliação e monitorização da qualidade dos serviços. Mais recentemente, também no mundo científico, esta afirmação se fez sentir, com o surgimento de investigação liderada por utentes, no sentido de estudar de forma adequada questões que partem do seu ponto de vista, e que possibilitem a produção de conhecimento significativa no contexto das suas experiências.

Com o presente trabalho pretende-se contribuir para a validação da versão portuguesa do VOICE (*Service Users' Perceptions of Inpatient Care, Views on Inpatient Care*) (Evans et al., 2012), instrumento para a avaliação dos serviços de internamento de agudos em psiquiatria, construído a partir de uma investigação liderada por utentes e partindo das suas perspectiva. O VOICE é constituído por 19 questões, agrupadas em sete domínios: admissão; cuidados e tratamento; medicação; equipa de técnicos do internamento; terapia e atividades; ambiente e diferenças.

O presente estudo envolveu uma amostra de 85 utentes de um serviço de internamento de agudos de uma instituição psiquiátrica do Norte de Portugal. A versão portuguesa do VOICE apresentou boa aceitação por parte dos utentes e boas características psicométricas - a consistência interna foi alta ($\alpha = 0,87$) e todos, exceto um item (item 6), apresentam elevadas correlações item-total (variando de 0,18 - item 6 a 0,71 - item 11; $M = 0,54$, $DP = 0,15$), sugerindo ser um instrumento útil na avaliação dos serviços de internamento de agudos. No futuro torna-se necessário alargar o estudo a outros contextos de internamento e envolvendo amostras mais alargadas.

Palavras-chave: perceção dos utentes, metodologia qualitativa, investigação liderada por utentes, internamento de agudos, qualidade de serviços

ABSTRACT

In recent years there has been a gradual process to help people with the experience of mental illness regaining their full rights. Following the advances in the understanding of mental health problems, and the use of medication to help patients overcome symptoms, service-users have become more autonomous and responsible in the way they deal with health professionals, and are now called to participate in assessing and monitoring mental health services and policies.

In the context of these transformations we have assisted to the emergence of research led by service-users (in this case of psychiatric and mental health services) in order to emphasize their point of view, and to enable the production of significant knowledge resulting from their experiences, and perceptions.

The present study aims to contribute to the dissemination of service-user led research, based on the adaptation and validation of the Portuguese version of the VOICE - Service Users' Perceptions Questionnaire, Views on Inpatient Care. (Evans et al., 2012). The VOICE is composed of 19 questions, grouped in seven domains: admissions, care and treatment, medication, team of technicians during hospitalization, therapy and activities, environment and diversity.

The present study involved a sample of 85 inpatient of a psychiatric institution in Northern Portugal. The Portuguese version of the VOICE showed good psychometric properties and was well accepted by patients [high internal consistency ($\alpha = 0,87$); and high correlation of each item, except item 6, with the total score (ranging from 0.18 on item 6 to 0.71 on item 11; average=0,54; SD=0,15), suggesting it to be a useful tool for assessing inpatient services. In the future there is a need to extend the study to other contexts and include larger samples.

Keywords: service users' perceptions, qualitative research , assessment instruments, acute inpatient services, quality of care.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
 INTRODUÇÃO	 1
 PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	 4
1. AVALIAÇÃO, SATISFAÇÃO e QUALIDADE em SAÚDE MENTAL	4
2. SERVIÇOS DE INTERNAMENTO AGUDO EM PSIQUIATRIA	7
2.1 Causas de satisfação e insatisfação	7
2.2 Instrumentos de avaliação	8
3. INVESTIGAÇÃO CONDUZIDA POR UTENTES	10
3.1 Enquadramento histórico	10
3.2 Dúvidas e obstáculos	11
3.3 Desenvolvimento de uma metodologia adaptada aos objetivos dos utentes ..	15
3.4 Desenvolvimento do VOICE	18
3.5 Exemplos de outras investigações lideradas por utentes	21
 PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	 23
1. FUNDAMENTAÇÃO e OBJECTIVOS	23
2. MÉTODO	23
2.1 Local do estudo	23
2.2 Protocolo de recolha de dados	24
2.2.1 O VOICE.P	24
2.2.2 Questionário sociodemográfico e clínico	24
2.3 Procedimentos	25
2.3.1 Procedimentos da tradução	25
2.3.2 Procedimentos de recolha de dados	26
2.3.3. Procedimentos de tratamento dos dados ..	26

3. RESULTADOS	27
3.1 Caraterização da amostra	27
3.2 Fidelidade	29
3.3 Impacto das variáveis sociodemográficas na satisfação	31
3.4 Impacto das variáveis clínicas na satisfação	31
 PARTE III – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	33
Discussão dos resultados	33
Conclusão	36
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
 ANEXOS	

ÍNDICE DE ANEXOS

- I. Pedido de autorização para a utilização da versão original
- II. Autorização da Comissão de Ética para a recolha de dados
- III. Consentimento Informado
- IV. VOICE original
- V. VOICE – versão portuguesa (VOICE.P)
- VI. Inquérito sociodemográfico e clínico

INTRODUÇÃO

A doença mental sempre foi um domínio da saúde difícil de compreender, provocando algum desconforto entre os profissionais de saúde e atitudes estigmatizantes e discriminatórias por parte da sociedade em geral.

O paciente¹ com doença mental foi visto, durante séculos, com estranheza, como um ser castigado por deuses ou por feitiços. Na ausência de conhecimento sobre o processo de adoecer, dos seus sinais, sintomas e formas de tratamento, a sociedade acabou por ostracizar os que padeciam de problemas desta natureza, muitos dos quais foram sendo institucionalizados em grandes hospitais psiquiátricos, onde muitas vezes ficavam prisioneiros e eram alvo de violações da dignidade humana.

Em meados do século vinte, a par do progresso científico, com o gradual conhecimento do complexo funcionamento do cérebro e da mente e das suas formas de adoecer, bem como da introdução de diversos tratamentos, a voz das pessoas com doença mental começou a ser ouvida. Muitas pessoas com doença mental terão visto, muitos dos seus direitos coartados e neste processo de mudança reclamavam, com razão, ser tratados como seres humanos de plenos direitos, dignos e passíveis de se autodeterminarem e de estabelecerem relações de igual para igual.

Convém no entanto lembrar que, ao longo da história, muitas foram as instituições e os profissionais que contribuíram, com o seu trabalho e dedicação, para o auxílio e tratamento sério e competente de pacientes com patologia mental. Muitos destes técnicos contribuíram igualmente para a denuncia das situações de violação existentes (Caldas de Almeida & Xavier, 1995). Nos últimos anos tem-se mesmo assistido ao envolvimento das mais altas instituições internacionais na luta pela igualdade de direitos e oportunidades de pessoas com incapacidade (ex: Convenção² sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência adotada na Assembleia

¹ Neste trabalho, a expressão **utente** refere-se aos pacientes que utilizam os serviços de psiquiatria e saúde mental.

² A própria Organização Mundial da Saúde, em 2012, no seu documento - kit de ferramentas sobre o direito à qualidade (WHO, 2012), destaca vários artigos que resultaram da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol - CRPD*): o direito a um adequado nível de vida (artigo 28); o direito a obter o melhor nível possível de saúde física e mental (artigo 25); o direito a exercer a sua capacidade legal e o direito à liberdade e segurança pessoal (artigos 12 e 14); Liberdade de recusa de um

Geral das Nações Unidas e ratificada em Portugal pelos Decretos do Presidente da República nº71/2009 e nº72/2009) (UN, CRPD).

Não sendo do âmbito deste trabalho abordar as formas como se tem traduzido a participação das pessoas com doença mental na sociedade, será feita referência à importância que têm vindo a assumir na avaliação e monitorização dos cuidados de saúde e, de forma particular, ao seu envolvimento ao nível da investigação em saúde.

A avaliação dos serviços em saúde mental é complexa, pois muitos dos fatores estão interrelacionados. Pode avaliar-se a vários níveis, a várias dimensões e partindo das diferentes perspetivas dos diferentes intervenientes. A qualidade do serviço prestado, que se encontra intimamente relacionada com a satisfação do utente, estará no centro desta avaliação.

Em Portugal e no mundo advoga-se a imprescindível necessidade do contributo dos utentes para a definição de políticas, serviços e tratamentos. Sabe-se que a experiência de quem utiliza os cuidados de saúde, por vezes difícil de traduzir em dados científicos objetivos, é o que vai determinar em grande parte o comportamento do utente perante o seu tratamento (Storm et al., 2010). Partindo da opinião dos utentes e da sua satisfação com os cuidados que lhes são prestados, com maior facilidade se podem detetar as necessidades a suprir e os aspetos a melhorar.

Neste enquadramento, a investigação feita por utentes, na definição dos indicadores significativos para a sua experiência, na construção dos instrumentos para sua avaliação e na análise dos seus resultados, constitui-se imprescindível no contexto da avaliação e definição de políticas de saúde mental.

Este trabalho pretende ser um contributo neste longo processo, através da validação para Portugal de um instrumento desenvolvido para avaliar a perceção dos utentes sobre os cuidados prestados em regime de internamento de agudos de psiquiatria; resulta da investigação levado a cabo por um grupo de investigadores que acumulavam também a experiência como utentes de serviços de saúde mental.

tratamento ou castigo torturante, cruel, inumano ou degradante e liberdade de recusa da exploração, violência ou abuso (artigo 15 e 16); e o direito a viver independente e inserido na sociedade (artigo 29).

Este trabalho está dividido em três partes – I, II e III.

A parte I – Enquadramento Teórico – é composta por três capítulos, ao longo dos quais são explorados os temas, conceitos e modelos que servem de pano de fundo à compreensão da temática do presente trabalho.

A parte II – Estudo Empírico – é constituída por três capítulos. No primeiro, relativo à fundamentação e objetivos, reafirmam-se as intenções que levaram à elaboração deste trabalho. No segundo capítulo, o da metodologia, descreve o local da amostra, dos instrumentos e procedimentos. No terceiro capítulo encontra-se a caracterização da amostra e a apresentação dos resultados.

A parte III – Discussão e Conclusão – é constituída por dois capítulos. No primeiro - Discussão – realiza-se a interpretação e comparação dos resultados, suas limitações e sugestão para futuros estudos. No segundo capítulo – Conclusão - é feita uma síntese dos principais resultados e ideias.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. AVALIAÇÃO, SATISFAÇÃO e QUALIDADE em SAÚDE MENTAL

As práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, constituem-se como objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (Silvia & Formigli, 1994). Esta avaliação é também um processo de julgamento de vários “atores” – profissionais, gestores e principalmente utentes e suas famílias – sobre as características do serviço e assistência prestada (Coimbra et al., 2011).

Um dos primeiros problemas encontrados por aqueles que procuram abordar de forma sistemática este tipo de avaliação é a variedade de terminologia encontrada sobre o tema, bem como as diferentes abordagens no que concerne aos seus atributos ou componentes. Esta diversidade relaciona-se com a complexidade do objeto - avaliação em saúde -, que se pode desdobrar em tantas quantas forem as conceções e práticas de saúde (Silvia & Formigli, 1994).

Historicamente, uma das classificações mais bem sucedidas para a avaliação em saúde foi desenvolvida por Donabedian (1992, *cit in* Silvia & Formigli, 1994) que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultado” - a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas aos cuidados prestados, bem como, mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, e ainda a satisfação do paciente decorrente do cuidado prestado (Donabedian, 1992, *cit in* Silvia & Formigli, 1994; Caldas de Almeida & Xavier, 1995). Para este autor, centrado na aferição da qualidade do cuidado médico, o processo seria o caminho mais direto para avaliar a qualidade do cuidado (Donabedian, 1980b), embora posteriormente tenha referido que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos de cada um dos elementos que compõem a tríade (Donabedian, 1992 *cit in* Silvia & Formigli, 1994).

Este modelo apresenta, no entanto, algumas limitações, incluindo o facto de assumir a existência de ordem, harmonia e direcionalidade, numa relação funcional entre os vários elementos da tríade, o que na prática não se verifica: a estrutura não influencia, necessariamente, o processo e o processo nem sempre se relaciona com o resultado. Segundo Silvia & Formigli (1994), o próprio autor reflete sobre as limitações do paradigma por ele elaborado, considerando-o como uma versão simplificada da realidade.

Mais recentemente, em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) retoma o tema da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, elaborando um documento onde se pode ler logo na página de rosto: *“A focus on quality helps to ensure that scarce resources are used in an efficient and effective way. Without quality there will be no trust in the effectiveness of the system.”*

De acordo com a OMS, a implementação de um procedimento de avaliação de qualidade em saúde mental envolve seis passos sucessivos: (1) a identificação de políticas de melhoria da qualidade, (2) a elaboração de documentos normativos, (3) o desenvolvimento de procedimentos de acreditação, baseados na avaliação por agentes externos, (4) a monitorização dos serviços de saúde mental assentes na avaliação por parte de agentes internos, (5) a integração dos procedimentos de avaliação e de garantia de qualidade na rotina dos serviços e, por último, (6) a revisão constante dos mecanismos de verificação da qualidade. Ainda segundo a OMS (2003), o desenvolvimento de um processo desta natureza deve em primeiro lugar fundamentar-se nos diversos níveis e agentes implicados no planeamento e prestação de cuidados, uma vez que não é possível avaliar qualidade através de uma perspetiva única ou isolada (WHO, 2003).

Mais tarde, em 2007, também em Portugal a Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM) considerou que, para que se possa desenvolver e implementar um processo de avaliação de qualidade, é necessário que existiam um conjunto de opções por parte dos decisores tais como um modelo de avaliação, agentes de avaliação externos (creditados para o efeito), bem como a avaliação da satisfação dos utentes e familiares que se assume como uma parte fundamental de qualquer processo de avaliação de qualidade (Caldas de Almeida, 2009; CNRSSM, 2007).

Neste sentido, o conceito de qualidade e as dimensões a esta associadas (avaliação, garantia e melhoria contínua) ocupam atualmente um lugar estratégico na planificação dos serviços de saúde em geral, e dos serviços de psiquiatria e saúde mental em particular. A qualidade dos cuidados de saúde deverá ser entendida como o produto final de uma cadeia ou rede de trabalho, onde atuam diversos prestadores, com diversos níveis de formação, mas em que todos contribuem para o resultado final. Para o utente, qualidade do serviço envolve a obtenção dos apoios esperados tendo em conta os pedidos, expectativas e necessidades de saúde (Campos, 2005 *cit in* Coimbra, 2011).

Fortemente ligado ao conceito de qualidade, o conceito de satisfação do utente refere-se à perceção subjetiva do indivíduo sobre o cuidado que este recebe. A satisfação, enquanto dimensão da qualidade da assistência, estará ligada às expectativas do utente. Esta satisfação dá-se na relação entre a oferta de assistência e o estado de saúde individual e, se ambos convergirem, haverá maior possibilidade das expectativas serem satisfeitas. (Otero, 1999 *cit in* Coimbra, 2011). Este conceito é complexo uma vez que existem vários fatores que afetam a perceção do utente, nomeadamente as experiências anteriores tidas com os cuidados médicos recebidos, em que condições elas se deram e o seu estado atual de saúde. (Coimbra et al., 2011).

Ou seja, os saberes e a lógica de avaliação pertencem a diferentes domínios do conhecimento, sendo que a experiência acumulada pelos utentes assume uma importância que os torna uma parte essencial no estabelecimento de indicadores de avaliação (Gomes, 2008). O utente pode ser um valioso colaborador na organização dos serviços, na medida em que através da avaliação da sua satisfação se podem adotar novas estratégias ou reformular as existentes para melhorar os resultados em saúde.

Colocar os pacientes que utilizam os cuidados de saúde mental no centro da avaliação é um processo estimulante, produzindo e desafiando o próprio espaço do exercício da cidadania (Kantorski, 2009 *cit in* Coimbra, 2011).

2. SERVIÇOS DE INTERNAMENTO DE AGUDOS EM PSIQUIATRIA

2.1 Causas de satisfação e de insatisfação

Já existem vários estudos que descrevem as causas que levam os utentes a sentirem-se mais ou menos satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados a quando do internamento de agudos de psiquiatria.

Num artigo de revisão sobre instrumentos de avaliação utilizados neste contexto (Boyer, 2009), salienta-se que os estudos que avaliam esta temática apresentam deficiências metodológicas, e não partem da opinião dos utentes para gerar os seus indicadores de avaliação, podendo criar um fosso entre o que se pretende avaliar e o que é, efetivamente, avaliado. No entanto, tem sido possível identificar alguns indicadores que representam os aspetos valorizados pelos utentes.

Diferentes questões relacionadas com as relações interpessoais surgem em lugar de destaque. É frequentemente reportada a limitada interação entre os profissionais de saúde e utentes (Edwards, 2008; Ford et al., 1998; Shattell et al., 2008 cit in Evans et al., 2012). Será importante potenciar boas relações interpessoais e um bom apoio, no que respeita aos cuidados individuais a prestar a cada utente (Evans et al., 2012).

Gilburt *et al* (2008) refere mesmo que a relações interpessoais formam o âmago da experiência dos utentes. Relacionamentos com uma comunicação efetiva e culturalmente sensível na ausência de atitudes³coercivas, dão aos utentes uma sensação de confiança, que os leva a sentirem-se seguros durante o internamento e se encontra associado a uma perceção de bem estar (Gilburt *et al.*, 2008; Hopkins *et al.* 2009).

No estudo de Hansson (1993), baseado em setenta e sete entrevistas, os utentes enfatizaram como aspetos de satisfação as qualidades empáticas da equipa terapêutica: serem afetuosos, interessados e compreensivos, terem respeito, disponibilizarem tempo para os utentes e proporcionarem um ambiente de tratamento seguro.

³ Num estudo de Strauss et al (2013), destaca-se que baixas taxas de satisfação dos utentes estão independentemente associadas a três tipos de tratamentos coercivos: Internamento involuntário, atitudes coercivas sentidas durante o internamento e recusa de medicação pedida. Os autores sugerem que se deve proporcionar ao utente o máximo suporte, informação e autonomia, mesmo quando algumas das exigências dos utentes não possam ser atendidas por razões clínicas.

Nesta linha é interessante realçar que, no artigo de revisão sobre instrumentos de auto-preenchimento de avaliação da satisfação de utentes em serviços de internamento de psiquiatria, Boyer *et al* (2009) relatam que o domínio mais representado neste tipo de instrumentos diz respeito a cuidados interpessoais (engloba 44% das perguntas), dentro das quais a proximidade e as qualidades pessoais representam 19% dos itens.

Também as questões relacionadas com a segurança são bastante valorizados pelos utentes. Tem havido relatos de pacientes referindo que não são tratados com dignidade, expressando muitas dúvidas em relação ao profissionais de saúde e referindo violência verbal e mesmo física (Evans *et al.*, 2012; Gilburt *et al.*, 2008). Num estudo de Labarere e Francois (1999), foi utilizada uma entrevista semiestruturada administrada por um dos autores, externo ao serviço. As principais características de desagrado referidas por parte dos utentes diziam respeito à perceção de ameaça, medo, insegurança, abuso sexual e rudeza dos profissionais de saúde (Labarere & Francois, 1999 *cit in* Boyer *et al.*, 2009).

Constituíram-se, ainda, como fatores de desagrado a perceção de falta de informação e envolvimento relacionados com o tratamento e a medicação. De igual forma, os utentes percecionaram negativamente a falta de atividades organizadas e o intenso aborrecimento sentido durante o internamento (Walsh & Boyle, 2009); de referir no entanto que num outro estudo, os aspetos menos valorizados pelos participantes tenham sido as características físicas e as rotinas da enfermaria (Hansson, 1993).

2.2 Instrumentos de avaliação

Tal como referido anteriormente, é hoje consensual que os utentes são uma parte fundamental entre os *stakeholders* a considerar na definição dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde (Boyer *et al.*, 2009). O estudo deste importante domínio da saúde ainda está longe de encontrar consensos, já que existe diversidade de perspetivas entre clínicos e utentes, e por vezes mesmo entre utentes com diferentes patologias. Relativamente a estes últimos, a título de exemplo, Bouman *et al.* (2008) referem que utentes sem perturbação de personalidade tendem a adaptar as suas expectativas com mais facilidade a circunstâncias novas e menos favoráveis, e a adotar objetivos realizáveis. Em

contrapartida, utentes com perturbação da personalidade são menos capazes de fazer tal ajustamento, o que condiciona a forma como avaliam os serviços.

Na maioria dos instrumentos atualmente disponíveis a opinião dos utentes não esteve na base do desenvolvimento dos itens que os compõem, sendo a construção das medidas usualmente muito influenciada pela opinião dos profissionais. O procedimento mais apropriado será o de perguntar aos utentes sobre os aspetos de satisfação que consideram relevantes, partindo das suas preocupações e perceção dos indicadores de qualidade (Boyer et al., 2009).

Boyer *et al.* (2009) verificaram que cinco dos quinze questionários estudados se basearam unicamente na revisão da literatura sobre a opinião de especialistas. Seis eram focados no ponto de vista dos utentes, embora a opinião dos especialistas tenha contribuído grandemente para o desenvolvimento das perguntas (abordagem combinada). Apenas um questionário era baseado exclusivamente na opinião dos utentes, mas o método usado para a construção dos itens de avaliação partiu da realização de um *focus group* coordenado por um profissional de saúde cuja ação pode ter introduzido um viés nas respostas dos utentes, e introduzido a perspetiva do profissional. De igual forma, a seleção dos utentes, realizada pela equipa médica, poderá ter originado um viés de amostragem.

Por outro lado, o artigo também salienta que na caracterização dos instrumentos identificados, as propriedades psicométricas variavam e nem sempre dentro do desejável. Assim, constataram que a validação integra diferentes aspetos que importa respeitar e reportar, mas apenas quatro dos instrumentos avaliados tinham dados psicométricos disponíveis. Concluíram que o processo de validação de instrumentos de avaliação é especialmente importante para profissionais que procurem um instrumento adequado para a investigação e, por vezes, até para a prática clínica quotidiana. A falta de conhecimento sobre este tipo de características faz com que nem sempre estejam claras as possíveis limitações de instrumentos atualmente⁴ disponíveis (Boyer et al., 2009).

⁴ Também é importante destacar neste domínio a falta de publicação de resultados negativos, o que contribuiria para se poder perceber as limitações de determinados instrumentos, melhorando-os no futuro, e permitindo o desenvolvimento de novas medidas já livres dos mesmos problemas (Boyer et al., 2009).

Na análise dos instrumentos existentes é ainda necessário ter em atenção questões relacionadas com a sua tradução, na medida que a perceção da satisfação está relacionada com o contexto cultural e os sistemas de saúde locais. Antes de se usar um instrumento traduzido é necessário realizar uma validação transcultural, sendo geralmente preferível usar questionários desenvolvidos nos países onde serão utilizados (Baider et al., 1995).

Importa ainda ter em consideração a diferente expectativa face aos serviços de acordo com o *setting* de tratamento e a patologia do utente (Storm & Davidson, 2010). É necessário ponderar se os estudos envolvendo utentes psiquiátricos deverão usar instrumentos “genéricos” para diferentes serviços ou instrumentos desenhados para serviços específicos (Boyer et al., 2009).

A altura mais adequada para a realização da avaliação é também motivo de debate. Tem sido demonstrado que a satisfação dos utentes é sobrestimada na altura da alta quando comparada com a avaliação realizada em casa, num momento posterior (Kinnersley et al., 1996). Por outro lado, verifica-se uma reduzida taxa de resposta quando a avaliação é feita após a alta, o que pode causar viés nos resultados (Kinnersley et al., 1996).

Tendo estes aspetos em consideração, reitera-se a necessidade de investir no desenvolvimento de novos instrumentos, enquadrados em projetos de investigação conduzidos por utentes, partindo da opinião destes, de uma amostra representativa e variada, com processos de validação claros e transparentes, com propriedades psicométricas robustas e que sejam úteis e fáceis de utilizar e comparar.

3. INVESTIGAÇÃO CONDUZIDA POR UTENTES

3.1 Enquadramento histórico

Apesar de ser hoje uma realidade a investigação liderada por utentes, esta resulta de um longo percurso, onde foi necessário ultrapassar uma série de obstáculos. Com o início da participação de utentes na investigação, foi possível a introdução de novas questões e o desmoronar de alguns mitos (e.g. a falta de capacidade de pessoas com doença mental de produzirem conhecimento), tendo-se avançado com este domínio do saber.

Durante séculos as pessoas com doença mental foram frequentemente discriminadas e afastadas pela sociedade. Nos anos 80 do século vinte, o movimento de utentes iniciado nos EUA, países nórdicos e Holanda, lutavam pelo encerramento de velhos hospitais e por trazer os pacientes de volta às suas comunidades. Nem todos encararam estes movimentos com naturalidade e para parte da sociedade os utentes eram vistos como uma ameaça, sendo inconcebível uma negociação racional com estes. Este movimento, que se alicerçava no tratamento baseado na comunidade, contribuiu para uma mudança na posição social dos utentes, que passaram a poder ter uma voz mais ativa sobre as práticas dominantes e que lhes diziam respeito (Rose, 2008a).

Gradualmente foram sendo implementadas campanhas de advocacia (*advocacy*), onde se denunciavam as práticas vigentes que eram menos corretas e se exigia o restabelecimento dos direitos cívicos e a plena cidadania aos pacientes tratados pelo sistema psiquiátrico (Sayce, 2000, cit in Rose, 2008a). Os utentes viam-se como racionais, capazes de negociar, falando por eles e em nome de um grupo que tinha sido mal tratado por partes da sociedade e de algumas instituições, que tinham como obrigação cuidar deles (Rose, 2008a).

É neste contexto que emerge a investigação liderada por utentes, a qual, ao produzir conhecimento, contribuiu para reforçar a afirmação dos pacientes na sociedade e no mundo.

De uma perspetiva da organização de serviços, a opinião dos utentes é útil a diferentes níveis, nomeadamente na clínica e na gestão, tanto como fator preditivo da recuperação e do comportamento dos utentes, como indicador de qualidade que permite implementar melhorias nos serviços (Boyer *et al.*, 2009; Storm *et al.*, 2010). É preciso continuar a lutar contra o estigma, com o reconhecimento e a aceitação dos direitos que os utentes têm de participar nos processos e decisões que têm impacto nas suas vidas (Kleintjes *et al.*, 2010).

3.2 Dúvidas e obstáculos

Neste processo de envolvimento dos utentes na investigação e na participação na avaliação da qualidade dos serviços, bem como na definição de políticas de saúde mental, um dos obstáculos a superar diz respeito à relação de poder entre clínicos/

investigadores e utentes. O modelo paternalista vigente na saúde, em que usualmente os profissionais decidem sem participação dos utentes, no domínio da saúde mental assumiu uma dimensão ainda mais limitadora, levando a que quem pertencesse ao grupo de pessoas portadoras de problemas desta natureza fosse muitas vezes lesado nos seus direitos e afastado de ter uma palavra no seu próprio tratamento. Ao existir maior equilíbrio na atual relação médico-doente, com a partilha de informações, com responsabilidade mútua e com um aumento da capacidade de decisão por parte do doente, o médico, que em muitos contextos adota também o papel de investigador, terá mais facilidade em encarar de forma natural a atuação do utente como investigador.

O mesmo se passará na relação com os investigadores académicos⁵, também eles pouco preparados para encarar as pessoas com doença mental como investigadoras independentes e credíveis (Rose, 2008a).

Paralelamente ao “fosso” no que diz respeito à aceitação por parte dos pares, ou seja, entre os utentes investigadores e os investigadores *habituais*⁶, há que acrescentar questões de credibilidade entre diferentes metodologias de investigação, uma vez que os estudos liderados por utentes se estruturam de uma forma diferente da até então usada na investigação de diferentes problemáticas.

Assim, a investigação conduzida por utentes foi-se deparando com uma série de questões metodológicas para as quais se tornou necessário abrir novos caminhos.

Para tal tiveram que questionar a “evidência” que a ciência produz e tiveram igualmente que conquistar terreno, em campos com regras fortemente pré-estabelecidas. A própria medicina baseada na evidência foi a debate. A medicina baseada na evidência foca-se numa abordagem racional e científica na tomada de uma decisão terapêutica. Embora aceitando que tenha valor para discernir a eficácia de diferentes tipos de intervenção, esta abordagem faz com os utentes sintam que as suas preocupações não são tomadas em consideração, passando a

⁵ O *SURE* (Service User Research Enterprise) é sediado no Instituto de Psiquiatria, em Londres. Sendo este Instituto reconhecidamente muito formal, é interessante salientar o desafio que foi instalar este grupo aí, numa instituição devota à investigação *clássica*, em que muitos professores afirmavam que nada de útil poderia advir daí, já que se tratavam de pessoas loucas. (Rose, 2008a).

⁶ Além disso os académicos e os investigadores clínicos são geralmente apoiados e pagos pela sua investigação, algo que raramente acontece no caso dos utentes investigadores (Faulkner & Thomas, 2002).

investigação a centrar-se em pouco mais do que uma doença a ser tratada (Faulkner & Thomas, 2002). Tentam enquadrar a medicina baseada na evidência num mundo que vai muito para lá da “evidência” palpável e objetivável abordando-a por uma vertente ética, reforçando a ideia de que, no mundo da saúde mental, não chega a proposição de que o mérito de uma ação pode ser medido ao medir as suas consequências. Para estes autores isto poderá ser aceitável se os resultados a medir são fáceis de definir e se clínico e paciente estão de acordo em relação à natureza do problema. Mas isso é muito raro em psiquiatria, onde a experiência interna inerente à doença, como a existência de alucinações ou delírios, não é fácil de objetivação e quantificação. Desta forma, a medicina baseada na evidência é incapaz de resolver este conflito por ter grandes dificuldades em reconciliar os valores e as crenças dos diferentes intervenientes.

Será pois necessário promover um debate sobre valores, poderes e certezas que estão na base do conhecimento psiquiátrico – que será enquadrável na ideia “a ética antes da efetividade” (Bracken & Thomas, 2000), promovendo igualmente o envolvimento dos utentes em investigações por eles lideradas (Faulkner & Thomas, 2002).

Torna-se necessário que a evidência que a ciência produz tenha como ponto de partida as questões que os utentes consideram relevantes, sob pena de não terem nenhum valor para aqueles a quem se destinam (Faulkner & Thomas, 2002). Esta questão orienta-nos para a análise dos estudos randomizados e controlados (estudos quantitativos), o método por excelência na investigação em saúde, a partir do qual as evidências são produzidas. Isto pode ser o caminho aceitável para ter resposta a questões como a da eficácia de determinado tratamento numa dada condição, mas para as pessoas doentes será, muitas vezes, insuficiente. Os seres humanos são objetos complexos para métodos de investigação próprios das ciências naturais. A interpretação e o significado do comportamento humano são essenciais para se perceber porque é que os dados dos estudos quantitativos podem ser menos relevantes no mundo real. Que explicação encontramos para o facto, repetidamente verificado na clínica, de muitas pessoas optarem por não fazerem a medicação prescrita, medicação essa cuja eficácia está bem estabelecida? Provavelmente esta e outras perguntas podem ser melhor respondidas por estudos ⁷qualitativos, que estão idealmente adaptados à elaboração

⁷ Segundo Turato (2005), no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a conceção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se

e descrição de experiências pessoais e para a identificação do significado subjacente à visão e às ações das pessoas (Faulkner & Thomas, 2002).

Outro aspeto a considerar refere-se ao viés associado ao facto de determinados estudos sobre doenças mentais serem conduzidos pelas mesmas pessoas que as experimentam, tal como se verifica quando são efetuados por profissionais. Diana Rose sugere que se ultrapasse esta limitação, repescando um termo oriundo da investigação feminista – “ponto de vista”. Este termo assume que todos os investigadores partem de um determinado ponto de vista que inspira a sua epistemologia, metodologia e o resultado do seu conhecimento. Assim, os investigadores clínicos trazem para as suas investigações o seu olhar clínico – o que será benéfico para uma determinada condição; já a visão dos utentes pode não ser coincidente com esse olhar, preocupados com o tipo de vida que querem levar e os facilitadores e barreiras para lá chegar (Rose, 2008b).

Desta forma a investigação qualitativa, seja em que contexto for, é tão complexa e importante como a investigação quantitativa, devendo obedecer a critérios igualmente válidos e rigorosos (Rose, 2008b). Os estudos qualitativos têm produzindo ciência credível e neste enquadramento procuram que as vozes dos participantes entrem para a arena do conhecimento - extraíndo os pontos de vista dos utentes pelas suas próprias palavras, sobre as suas preocupações e sobre o serviço e tratamento de que são alvo (Rose, 2008b). Devido às várias críticas em si centradas, os utentes investigadores sentem que têm de trabalhar mais intensamente para estabelecer a sua credibilidade e a credibilidade do conhecimento que produzem.

Assim, o conhecimento – “evidências” – produzido pelos utentes usa maioritariamente diferentes métodos de investigação, sendo que produz um visão específica do mundo da saúde mental. O resultado destas investigações deve ser analisado pelos investigadores tradicionais de forma séria e não deve ser posta de parte a não ser com argumentos muito sérios e sólidos. Para se aproximarem posições, deve ter-se em atenção às diferenças epistemológicas que sublinham as

pretende estudar o fenómeno em si, mas entender o seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável saber o que os fenómenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão as suas vidas, incluindo os cuidados com a saúde.

fraturas entre investigação produzida por clínicos/académicos e por utentes. (Rose, 2008b; Rose, Fleischman & Wykes, 2008; Faulkner & Thomas, 2002)

Na prática clínica quotidiana é importante incorporar estas novas correntes, já que as decisões clínicas envolvem sempre valores e, por vezes, preconceitos. Isto torna necessário que os psiquiatras sejam críticos em relação aos valores/princípios em que se baseiam os conselhos que dão e as decisões que tomam, tendo igualmente em consideração os valores dos utentes. Colocar a investigação dos utentes ao mesmo nível da investigação realizada por outros investigadores permite aos profissionais pensar com mais cuidado sobre os princípios subjacentes às evidências científicas. A junção entre estes dois tipos de saberes é desejável para um melhor cuidar/tratar em saúde mental. Os psiquiatras devem trabalhar ao lado dos utentes para encontrar caminhos de convergência e integração da investigação produzida pelos utentes na medicina baseada na evidência. É preciso construir pontes para que os utentes estejam no centro das decisões e sejam verdadeiros parceiros, ao nível clínico, académico e político. A não ser assim reforça-se o estigma e a discriminação dos pacientes psiquiátricos (Faulkner & Thomas, 2002).

3.3 Desenvolvimento de uma metodologia adaptada aos objetivos dos utentes

Modelo para o desenvolvimento de medidas de resultados gerados pelos utentes dos serviços de saúde mental

Como já foi referido, nos últimos anos tem sido dada mais atenção à participação dos utentes dos serviços de saúde na definição de medidas para a avaliação dos mesmos. Embora o envolvimento dos utentes seja hoje considerado um elemento essencial para a melhoria dos serviços de saúde mental, a objetivação dos indicadores pela perspetiva/visão dos utentes raramente se desenvolve partindo de uma metodologia inclusiva, levando à insatisfação por parte dos utentes em relação aos indicadores a uso (Crawford et al., 2011). Redefinir indicadores de acordo com as prioridades dos utentes pode fazer com que a investigação clínica faça mais sentido e seja, verdadeiramente, baseada na evidência (Faulkner & Thomas, 2002; Trivedi & Wykes, 2002; Diana, Fleischman & Wykes, 2008; Evans et al., 2012)

Os estudos que comparam as investigações levadas a cabo por investigadores tradicionais e utentes mostram algumas diferenças na análise qualitativa dos resultados (Gillard et al., 2010, *cit in* Evans et al., 2012), mas nenhuma em relação à investigação quantitativa (Hamilton et al., 2011; Rose et al., 2011a, 2011b, *cit in*

Evans et al., 2012). Assim é de supor que os métodos de investigação devam combinar e valorizar ambas as abordagens, retirando-se daí um conhecimento mais abrangente (Evans et al., 2012).

Em meados da década de 90 do século passado, começam a surgir projetos de investigação liderados por utentes, nomeadamente em Inglaterra. Tratava-se de utentes, também eles investigadores, que usavam os seus conhecimentos técnicos para contribuir para este movimento. O principal objetivo era dar voz ao testemunho dos utentes. Foi assim que nasce o grupo de investigação liderado por utentes – *SURE (Service User Research Enterprise)*, sediado no *Institute of Psychiatry*. É no âmbito do trabalho realizado por este grupo que começaram a desenvolver-se os estudos que pretendem analisar o testemunho dos utentes sobre a experiência que têm com os tratamentos e serviços psiquiátricos (Rose, 2008a). Esta iniciativa pretende investigar e testar a efetividade dos serviços e de tratamentos partindo da perspetiva do utente (utente esse a ser acompanhado no presente ou que já o tenha sido no passado), envolvendo-o de forma colaborativa em todo o processo de investigação: da conceção à recolha de dados, na análise de dados à divulgação dos resultados (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011). Esta forma de investigar vai para além da forma tradicional, o que de alguma maneira mitiga as preocupações desta comunidade de utentes quanto à validade dos resultados (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011).

O modelo usado foi descrito de forma minuciosa e simples por Rose e seus colaboradores num artigo publicado em 2011 no *International Review of Psychiatry*, intitulado “*A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users*”. Este modelo começa por uma pesquisa qualitativa, partindo de princípios participativos e prossegue com testes psicométricos convencionais. Os resultados gerados também são por métodos mistos, recorrendo a escalas de Likert e a espaços de texto livre. Este modelo tem vindo a ser usado para desenvolver indicadores de satisfação em diferentes contextos.

Os participantes nos estudos têm de ser utentes no momento presente ou até dois anos antes, garantindo que estão “dentro” das questões. Os investigadores, ao contrário do habitual, são eles próprios utentes dos serviços de saúde mental. Usualmente cada estudo tem dois utentes investigadores, em que um tem experiência direta do serviço a avaliar, podendo o outro ter experiência diversa (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011).

O método inicia-se por uma revisão da literatura para a recolha das ideias iniciais, a partir das quais se desenvolve um guião (guia de tópicos) para a fase qualitativa do desenvolvimento do instrumento. Forma-se um grupo de referência para colaborar na elaboração do guião, incluindo utentes com alguma experiência de investigação. Constitui-se um *focus group* piloto com o intuito de testar a viabilidade do guião. Posteriormente, quatro *focus groups*, compostos por seis a oito utentes, começam reuniões regulares em instalações não médicas, para evitar qualquer tipo de constrangimento. No primeiro *focus group* são prestadas todas as informações necessárias, é assinado o consentimento informado e são recolhidos alguns dados demográficos. Cada *focus group* tem dois facilitadores, também eles utentes. O guião tem como função estimular a discussão. As sessões são gravadas, transcritas e sujeitas a análise temática. O objetivo é selecionar os temas mais debatidos. Segue-se um segundo *focus group*, duas semanas após o primeiro, para se poder confirmar que a análise feita captou o que realmente foi dito. Quase todos os participantes voltam ao segundo grupo o que demonstra o envolvimento no processo. Geralmente, os resultados da análise são comprovados, embora com a possibilidade de serem acrescentados outros temas. Repete-se o processo de análise temática (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011).

As perguntas são agrupadas por temas e, para além de se utilizarem escalas de Likert, há espaço para resposta livre. Este formato resulta da discussão com o grupo de referência inicial. A informação qualitativa é a base da pergunta que é cuidadosamente convertida numa simples pergunta (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011).

Seguidamente são constituídos dois painéis de especialistas, eles próprios utentes, cuja função é de rever o trabalho até aí efetuado. O primeiro painel é constituído por membros dos *focus groups*, que confirmam que estão na presença das questões dos grupos iniciais e comentam sobre a estrutura e a terminologia usada, garantindo a máxima simplicidade possível (*user-friendly*). O instrumento é adaptado às suas opiniões. O segundo painel é constituído por novos utentes, para uma revisão final. Estes têm a possibilidade de tirar ou adicionar perguntas e verificar se estas são fáceis de perceber. Em regra, um instrumento construído desta maneira tem cerca de 20 perguntas (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011).

Finalmente o grupo de referência faz uma análise final para ajustes de pormenor. Tipicamente, muito pouco conteúdo é alterado.

Sendo o instrumento inteiramente gerado por utentes, espera-se que seja sensível às principais preocupações dos utentes dos serviços de saúde mental. Contudo, para assegurar a validade ecológica, um último estudo de viabilidade é efetuado, *in vivo* (em casa, num centro de dia ou numa enfermaria), com cerca de aproximadamente 50 utentes. Podem ser efetuadas mudanças pontuais, nomeadamente caso se detete alguma dificuldade de compreensão (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011).

Dadas as alterações metodológicas iniciais, usando caminhos diferentes dos tradicionais, podem levantar-se questões de integridade psicométrica do instrumento e como tal é preciso que seja rigorosamente testado (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011).

Realiza-se um ensaio teste-reteste (cerca de 50 utentes) para análise da estabilidade temporal. A consistência interna é medida usando o alfa de Cronbach. Para os critérios de validação correlacionam-se, usualmente, as medidas novas com as anteriores, num enquadramento de constructo similar. Contudo, e isso é fundamental, neste enquadramento não se consideram as medidas anteriores como sendo de grande referência, porque se espera encontrar diferenças entre elas, dado o modelo de constructo utilizado. Como hipótese, admite-se uma modesta correlação que corresponda à diferença entre as medidas/indicadores gerados por clínicos e utentes. A análise fatorial identifica a estrutura de base, centrando-se a atenção nas diferenças que se espera encontrar. Finalmente, são testadas diferenças entre grupos, partindo da hipótese de que, se o instrumento é bom, deverá permitir essa distinção (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011).

3.4 Desenvolvimento do VOICE

Tal como já foi dito, o instrumento (questionário) que serviu de base a esta tese de mestrado deriva do trabalho desenvolvido pelo grupo de utentes investigadores – SURE, sediados em Londres, no *King's College London – Institute of Psychiatry*, seguindo o modelo anteriormente explanado.

No artigo publicado no Journal of Mental Health, em Fevereiro de 2012, Jo Evans e colaboradores apresentam o “VOICE” – desenvolvimento de um instrumento de avaliação de serviços de internamento de agudos, partindo da percepção dos utentes e usando um método participativo.

Após aprovação ética, iniciaram a fase do desenvolvimento do instrumento com a escolha da amostra. Como único critério de inclusão, estar ou ter estado em contato com o serviço de saúde mental nos últimos dois anos. Já na fase de avaliação psicométrica o critério de inclusão foi a capacidade dos utentes prestarem o seu consentimento informado e terem estado internados pelo menos sete dias duramente as quatro semanas de recolha de dados. 45% dos utentes elegíveis aceitaram participar no estudo. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos. A idade, o sexo, a raça e a situação profissional foram diretamente reportados, enquanto que o diagnóstico e o tipo de internamento foram recolhidos dos registos clínicos (Evans et al., 2012).

No desenvolvimento do instrumento usou-se a metodologia participativa, conforme descrito anteriormente.

O VOICE foi avaliado de acordo com os critérios standard para a avaliação das medidas de resultado produzidos, incluindo viabilidade, aceitabilidade, fidelidade e validade (Evans et al., 2012).

A consistência interna foi testada usando o alfa de Cronbach. O ensaio da fidelidade teste-reteste foi conduzido em utentes internados que completaram o VOICE em duas ocasiões, com intervalo entre 6 a 10 dias, explorando o nível de concordância entre os resultados nos dois momentos de avaliação (Evans et al., 2012).

A validade foi avaliada comparando os resultados do VOICE com os de um instrumento de avaliação da satisfação de serviços residenciais – *Service Satisfaction Scale-30* (SSS-30) escala esta já usada numa variedade de situações com boas propriedades psicométricas (Greenfield & Attkisson, 1989, 2004, *cit in* Evans et al., 2012).

Por se esperar encontrar diferenças de resultados em diferentes populações e enquadramentos clínicos os autores analisaram a percepção dos utentes em função dos dados demográficos e clínicos. A maioria da análise foi exploratória. Contudo, à

partida, esperavam encontrar-se diferenças relativamente à etnicidade e tipo de internamento (Evans et al., 2012).

Relativamente às características da amostra, participaram trezentos e noventa e sete utentes, trinta e seis na fase de desenvolvimento do instrumento e os restantes no estudo de viabilidade e testes psicométricos. A esquizofrenia foi o diagnóstico mais frequente e aproximadamente metade dos participantes eram proveniente de minorias étnicas ou raciais. Na fase de desenvolvimento do instrumento, 43% dos participantes eram homens e a idade média foi de 45 anos (20 a 66 anos). Na fase seguinte, 60% dos participantes eram homens e a idade média foi de 40 anos (18 a 75 anos) (Evans et al., 2012).

Para a geração de itens, o levantamento das opiniões juntou trinta e quatro perguntas, que foram transformadas em curtas frases e agrupadas em domínios. Foi escolhida uma escala de Likert, variando de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”. Uma pergunta era cotada inversamente. Este instrumento de autopreenchimento foi desenhado para produzir um total final - quanto maior, pior a perceção sobre o internamento. O nível de acordo inter-juízes dos dados do *focus group* foi explorado usando o NVIVO7®, mostrando entre 97 e 99% de concordância entre as categorias codificadas. Foi feita uma eliminação de perguntas baseada na relevância e prevenção de duplicações, originando 22 perguntas no final do processo. O painel de peritos e o grupo de referência deram o aval final ao instrumento (Evans et al., 2012).

O estudo da viabilidade teve lugar em dois momentos (n=40 e n=160). No primeiro momento 98% dos participantes acharam o instrumento fácil de perceber e de completar e no segundo momento, 82% dos utentes acharam que o instrumento tinha a extensão certa. Dois participantes não gostaram de completar o VOICE e 6% acharam-no perturbante. Neste estudo o VOICE levou entre cinco a quinze minutos a completar e foi de fácil administração. O seu preenchimento foi considerado adequado para utentes com diferentes diagnósticos e internados em unidades de agudos de psiquiatria.

A pontuação na *Flesch Reading Ease* indicou que o instrumento era fácil de perceber (Flesch, 1948, cit in Evans et al., 2012). No seguimento do estudo de viabilidade uma pergunta foi retirada por ter sido considerada duplicada (Evans et al., 2012).

Trezentos e sessenta utentes contribuíram para testar as propriedades psicométricas do instrumento. Cento e noventa e dois responderam a todas as perguntas, sendo que trezentos e quarenta e oito responderam a mais de 80% das perguntas. (Evans et al., 2012).

Os cento e noventa e dois utentes que completaram a totalidade do VOICE foram usados para testar a consistência interna. Após eliminar as perguntas com baixa fidelidade, a escala ficou com dezanove perguntas com uma elevada consistência interna ($\alpha = 0.92$). A fidelidade teste-reteste ($n=40$) foi elevada ($\rho=0.88$, $IC=0.81-0.95$) e não houve diferenças significativas na pontuação entre as duas avaliações (Evans et al., 2012).

O instrumento tem uma elevada validade. A grande variedade de perguntas, agrupadas em domínios, foi determinada por utentes nos *focus groups*, relevando os aspetos que estes consideravam ser os mais importantes. Os participantes no estudo de viabilidade consideraram o VOICE abrangente e portanto com uma elevada validade de conteúdo. O coeficiente de correlação de Pearson mostrou uma elevada associação entre a pontuação do VOICE e da SSS:30 ($r = 0.82$, $p < 0.001$) indicando elevada validade de critério, embora esta tenha derivado de uma investigação não conduzida por utentes. A análise bivariável mostra diferenças significativas em relação ao tipo de internamento (compulsivo/voluntário) – os utentes internados compulsivamente mostraram índices de satisfação significativamente piores. A análise multivariada revelou que o tipo de internamento continuava a ser um fator preditivo significativo mesmo quando ajustado por outras covariáveis (Evans et al., 2012).

3.5 Exemplos de outras investigações lideradas por utentes

Existem outras investigações conduzidas por utentes.

Num estudo conduzido por Faulkner, em 2000, investigaram-se as estratégias de vida de pessoas com doença mental, partindo de setenta e uma entrevista a utentes. Dos achados sugeriu-se que os clínicos e outros técnicos de saúde mental deveriam dar mais importância à auto-ajuda e à ajuda entre pares para ultrapassar o estigma e a discriminação. Foi referido que estes profissionais deveriam estimular o auto-

controlo do paciente em vez de centraram as intervenções apenas na erradicação do sintoma (Faulkner, 2000).

Em 2001 Rose foi autora de uma outra investigação, também liderada por utentes, sobre as perspetivas que estes tinham sobre os cuidados prestados no hospital e na comunidade. Este estudo concluiu que as boas práticas não dependem necessariamente de intervenções puramente farmacológicas. Pelo contrário, a prevenção do excesso de medicação e a prestação de informação de qualidade, foram aspetos muito valorizados pelos utentes (Rose, 2001).

Também o trabalho desta tese de mestrado surge na sequência de uma investigação conduzida por utentes, investigação essa que desenvolveu um novo instrumento, de acordo com o que foi abordado no ponto anterior.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

1. FUNDAMENTAÇÃO E OBJETIVOS

O interesse para a validação do VOICE parte da maneira como esta foi concebida, que vai ao encontro das novas correntes de investigação, com metodologia participativa, liderada por utentes.

Associado a este processo encontra-se a primeira avaliação da satisfação de uma unidade de internamento de agudos de psiquiatria em Portugal, partindo de um inquérito inteiramente construído pela opinião dos utentes.

Anteriormente em Portugal, já outros estudos de avaliação de satisfação em unidades de internamento tinham sido conduzidos, nomeadamente aquando da tradução portuguesa da escala MISS (*Maudsley Inpatient Satisfaction Schedule*) (Wykes & Carrol, 1993), embora a partir de um inquérito elaborado de forma mais convencional. A aplicação deste questionário, enviado por via postal, originou resultados que se pautaram por uma boa taxa de resposta e de aceitabilidade (Nava, Sarmento, Gonçalves-Pereira, 1996)

Como clínico e igualmente como investigador (no âmbito deste mestrado), o autor deste trabalho pretende, na conjugação destes dois papéis, produzir algo que possa ajudar na melhoria da assistência dos doentes psiquiátricos.

Assim, pretende-se contribuir para a validação da versão Portuguesa do instrumento/inquérito VOICE, através da aplicação deste instrumento junto de uma amostra de utentes internados numa unidade de agudos de psiquiatria, tendo em vista avaliar as características psicométricas desta medida.

2. MÉTODO

2.1 Local do estudo

Este estudo foi realizado na unidade de internamento de agudos, serviço que apenas interna mulheres, da Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), das Irmãs Hospitaleiras.

2.2 Protocolo de recolha de dados

O protocolo de recolha de dados inclui dois instrumentos – o VOICE.P (VOICE, versão Portuguesa) e o questionário sociodemográfico e clínico para caracterização dos participantes – os quais se apresentam de seguida.

2.2.1 O VOICE.P

O VOICE.P é um questionário com dezanove itens de autopreenchimento relativos às perceções que os utentes têm dos cuidados hospitalares que obtêm durante o internamento agudo numa unidade psiquiátrica. O preenchimento do VOICE.P é feito numa escala de tipo *Likert* de seis pontos (1="concordo inteiramente", 6="discordo inteiramente"), sendo igualmente disponibilizado um espaço para texto livre (opcional) no fim de cada domínio no sentido de obter dados qualitativos adicionais. Esses dados não foram analisados no contexto do presente trabalho. O VOICE.P fornece uma pontuação final que varia entre 19-114, sendo que uma maior pontuação indica uma perceção mais negativa.

Este instrumento, na sua versão original, foi desenvolvido por utentes, utilizando uma metodologia participativa, e é adequado para uso em contexto de investigação, tendo boas propriedades psicométricas: alta consistência interna ($\alpha = 0,92$) e a fiabilidade teste-reteste ($n = 40$) é elevada ($\rho = 0,88$, IC 0,81-0,95). O VOICE aborda questões consideradas importantes para os utentes, as quais se encontram agrupadas em sete domínios: admissão; cuidados e tratamento; medicação; equipa de técnicos do internamento; terapia e atividades; ambiente e diferenças. Os itens podem ser consultados em anexo. A plena participação dos utentes em todo o desenvolvimento do instrumento garantiu que o VOICE tem uma boa validade de conteúdo, sendo acessível para os utentes (Evans et al., 2012).

2.2.2 Questionário sociodemográfico e clínico

Para este estudo foi igualmente desenvolvido um questionário para obter uma caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, incluindo os seguintes aspetos: género, raça, idade, estado civil, número de pessoas do agregado familiar, situação profissional, índice de *Graffar*, para caracterização do nível socioeconómico, diagnóstico, ano do início do acompanhamento em psiquiatria, número de consultas de psiquiatria nos últimos 12 meses, outros internamentos em psiquiatria nos últimos 12 meses, tempo do atual internamento, se são

acompanhados pelo mesmo médicos que os acompanha em consulta de ambulatório, tipo de internamento (compulsivo/voluntário), se fez medicação injetável em SOS e se fez medicação *dépôt*, tipo de suporte recebido durante o internamento (e.g. psicoterapia, terapia ocupacional) e se teve autorização para ter visitas desde o primeiro dia.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Procedimentos da tradução

A tradução do VOICE seguiu os procedimentos padrão, que incluíram:

- 1) Dois tradutores bilíngues fluentes traduziram de forma independente os itens da versão original para Português;
- 2) Uma vez concluídas as traduções iniciais, os tradutores discutiram pequenas inconsistências, ficando acordado um texto;
- 3) Essa tradução final foi retraduzida para Inglês por um tradutor independente, cuja língua materna é o Inglês e que não tinha conhecimento do VOICE;
- 4) O original e a tradução reversa foram comparados e os tradutores concordaram com a versão final.

Durante todo o processo de tradução vários contatos foram estabelecidos com uma das autoras do VOICE (Jo Evans), com quem foram discutidas questões de redação e do sentido de certas perguntas. Especificamente o item 3 e o item 16 foram discutidos. Ficou clarificado que o item 3 era referente à consulta com o médico psiquiatra durante o internamento e que o item 16 dizia respeito à capacidade de resposta da equipa de técnicos do internamento perante situações de emergência (anexo V).

Um pré-teste do instrumento foi realizado com cinco utentes a quem foi pedido para dizerem o que pensavam das perguntas que lhes estavam a ser ministradas e se havia alguma palavra ou expressão que não compreendiam ou que pensavam ser inaceitável ou ofensiva. O VOICE.P, foi considerado fácil de compreender e completar, portanto adequado para ser usada pelos utentes do serviço, durante a sua permanência num serviço de internamento de agudos em psiquiatria.

2.3.2 Procedimentos de recolha de dados

Previamente ao início do trabalho, foi estabelecido um acordo entre a ENCONTRAR+SE - Associação para a promoção da saúde mental, com a qual o autor colabora e o *King's College London – Institute of Psychiatry*, para permitir o uso do VOICE para a investigação clínica não comercial a realizar.

O estudo foi apresentado ao Conselho de Administração da Casa de Saúde de Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras) que concordou em colaborar e seguiu para o Conselho de Ética da Instituição. Na sequência da obtenção da autorização do Conselho de Ética para prosseguir com o estudo, dois elementos do pessoal (ajudantes ocupacionais) foram treinados pelo autor deste trabalho para possibilitarem o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir durante o preenchimento do VOICE.P, ajudando utentes que explicitamente pedissem essa ajuda. A supervisão e coordenação geral ficou a cargo do enfermeiro chefe do serviço.

A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Maio de 2014, tendo todos os utentes admitidos na instituição sido convidados a participar, após terem completado no mínimo 7 dias de hospitalização. No momento de participação no estudo, todos os participantes preencheram o consentimento informado e tiveram a oportunidade de esclarecer questões relativas ao estudo.

Para efeitos do reteste, cinco dias após alta o VOICE.P foi enviado aos participantes com um envelope selado e auto-endereçado, para retorno. Os participantes foram informados sobre este procedimento no momento em que concordaram em colaborar.

2.3.3. Procedimentos de tratamento dos dados

A consistência interna do VOICE.P foi avaliada através do alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), com dados de uma amostra de 83 utentes internados. A fiabilidade teste-reteste foi realizada com 23 utentes que completaram o VOICE.P em duas ocasiões (internamento e pós-alta, em casa). A estabilidade temporal foi avaliada usando o coeficiente de correlação *rho* de *Spearman* entre o teste e o reteste.

Tal como na versão original, foram realizadas análises exploratórias para avaliar o impacto das variáveis demográficas e clínicas relativamente ao nível de satisfação dos utentes, por meio de *t*-testes para amostras independentes e correlações de *Pearson*.

Devido ao tamanho da amostra, com o objetivo de analisar o impacto do diagnóstico no nível de satisfação, os participantes foram divididos em dois grupos: um grupo composto por aqueles com diagnóstico de ansiedade/ depressão, e um segundo, incluindo utentes com diagnóstico de psicose, perturbação bipolar e perturbação da personalidade como diagnóstico primário.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

Participaram neste estudo oitenta e cinco mulheres, internadas na CSBJ, com uma idade compreendida entre os 18 e os 77 anos ($M=45.19$; $DP=11.16$). A maioria era branca ($n=84$; 98.8%), casada ou a viver em união de facto ($n=45$; 54.2%), com um agregado familiar constituído por cerca de 3 pessoas ($M=2.9$; $DP=1.36$). Em relação ao estado profissional dos participantes, 26,5% ($n=22$) deles estavam a trabalhar antes do internamento, 24,1% ($n=20$) eram aposentados, 24,1% (20) estavam desempregados, 16,9% ($n=14$) estavam em baixa por doença, 2,4% ($n=2$) eram estudantes, e 6% ($n=5$) tinham outra condição profissional.

O nível socioeconómico, avaliado usando a escala de 5 pontos de *Graffar* para nível profissional, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e zona residencial, estava na faixa de classe média ($M=3.14$; $DP = 0.64$).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

		n (%)	Média (DP)	Min-Max
Idade		85	45.19 (11.16)	18-77
Raça	Caucasiana	84 (98.8)		
	Negra	1 (0.2)		
	Casada	41 (49.4)		
	Solteira c/relação íntima	4 (4.8)		
Estado civil	Solteira s/relação íntima	12 (14.5)		
	Viúva	6 (7.2)		
	Solteira/Divorciada	20 (24.1)		
Situação profissional	Ativa	22 (26.5)		
	Desempregada c/subsídio	4 (4.8)		
	Desempregada s/subsídio	16 (19.3)		
	Baixa médica	14 (16.9)		
	Estudante	2 (2.4)		
	Reformada/Aposentada	20 (24.1)		
	Outra situação	5 (6)		
Nível profissional	Alto	6 (7.2)		
	Médio-alto	6 (7.2)		
	Médio	2 (2.4)		
	Médio-baixo	20 (24.1)		

	Baixo	49 (59)		
Nível de instrução	Alto	15 (18.1)		
	Médio-alto	13 (15.7)		
	Médio	17 (20.5)		
	Médio-baixo	21 (25.3)		
	Baixo	17 (20.5)		
Fontes de rendimento	Médio-alto	3 (3.7)		
	Médio	68 (84)		
	Médio-baixo	3 (3.7)		
	Baixo	7 (8.6)		
Conforto do alojamento	Alto	2 (2.4)		
	Médio-alto	21 (25.3)		
	Médio	41 (49.4)		
	Médio-baixo	18 (21.7)		
	Baixo	1 (1.2)		
Zona residencial	Alto	3 (3.6)		
	Médio-alto	58 (69.9)		
	Médio	21 (25.3)		
	Médio-baixo	1 (1.2)		
Nível Graffar médio		3.14 (0.64)	1.60-4.40	

Quanto ao diagnóstico, quarenta e três utentes (51,8%) foram diagnosticados com perturbação de ansiedade ou depressão, treze com perturbação bipolar (15,7%), dez com esquizofrenia/psicose (12%), dez com perturbações de personalidade (12%), quatro com toxicodependência (4.8 %), e três (3,6%) com outros diagnósticos. Os utentes foram diagnosticados de acordo com a ICD-IX e foram agrupados nestes seis grupos, em concordância com o estudo original.

A maioria dos utentes teve pelo menos uma consulta de psiquiatria em ambulatório durante os doze meses anteriores ao internamento (n=65; 78,3%), trinta e dois utentes (38,6%) tinham sido internados nos doze meses anteriores ao internamento em questão e vinte e um utentes (25,3%) foram tratados pelo mesmo psiquiatra durante o internamento relativamente ao que os acompanha habitualmente em ambulatório. A maioria dos utentes não recebeu medicação injetável, em SOS, por agitação, nem medicação *dépôt* (n=73; 88%, n=76; 91,6%, respetivamente), a maioria não teve consultas de psicoterapia durante o internamento (n=65; 78,3%), embora a maioria dos utentes tenha participado em atividades de terapia ocupacional (n=61; 73,5%). Finalmente, a maioria dos utentes encontrava-se internado voluntariamente (n=73; 88%) e não teve permissão para receber visitas desde o início do internamento (n= 55; 66,3%).

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra

Variáveis		n (%)
Diagnóstico	Esquizofrenia/Psicose	10 (12)
	Perturbação Bipolar	13 (15.7)
	Ansiedade/Depressão	43 (51.8)
	Perturbação Personalidade	10 (12)
	Dependências	4 (4.8)
	Outro diagnóstico	3 (3.6)
Consultas de psiquiatria nos últimos 12 meses	Sim	65 (78.3)
	Não	18 (21.7)
Outros internamentos psiquiatria nos últimos 12 meses	Sim	32 (38.6)
	Não	51 (61.4)
Médico do internamento era também o médico no ambulatório	Sim	21 (25.3)
	Não	61 (73.5)
Medicação injetável em SOS por agitação no internamento	Sim	8 (9.9)
	Não	73 (88)
Medicação <i>dépôt</i> no internamento	Sim	5 (6.2)
	Não	76 (93.8)
Psicoterapia no internamento	Sim	16 (19.3)
	Não	65 (78.3)
Atividades de terapia ocupacional no internamento	Sim	61 (73.5)
	Não	22 (26.5)
Permissão para visitas desde início do internamento	Sim	27 (32.9)
	Não	55 (67.1)
Tipo de internamento	Voluntário	73 (88)
	Compulsivo	10 (12)

3.2 Fidelidade

Oitenta e cinco utentes contribuíram para testar as propriedades psicométricas do VOICE.P. Setenta e oito tinham dados completos para todos os itens da escala e cinco participantes tinham mais de 80% de resposta aos itens do VOICE.P. Para os participantes que responderem a pelo menos 80% dos itens, foi calculada a média das respostas; uma taxa de resposta inferior a 80% levou à exclusão do VOICE.P em questão (dois casos).

A consistência interna do VOICE.P foi alta ($\alpha = 0,87$). Todos, exceto um item (item 6), apresentam elevadas correlações item-total (variando de 0,18 - item 6 a 0,71 - item 11; $M = 0,54$, $DP = 0,15$). A fidelidade teste-reteste ($n = 23$) foi avaliada usando o coeficiente de correlação intraclassa (ICC). O resultado obtido foi de $p=.557$ ($p=.031$; $IC = -.045-.812$).

O **item 1** – “tudo foi feito para que me sentisse bem-recebida quando cheguei a esta enfermaria”, obteve uma média de 1.46 ($DP=0.79$; $\min=1$, $\max=6$); o **item 2** – “tenho influência no que respeita aos meus cuidados e tratamentos”, obteve uma média de

1.89 (DP=1.12; min=1, max=6); o **item 3** – “as rondas na enfermaria são úteis para mim”, obteve uma média de 1.40 (DP=1.03; min=1, max=6); o **item 4** – “sinto que a medicação me ajuda”, obteve uma média de 1.60 (DP=0.83; min=1, max=6); o **item 5** – “tenho a possibilidade de falar sobre a minha medicação e os efeitos colaterais”, obteve uma média de 1.90 (DP=1.05; min=1, max=6); o **item 6** (item invertido) – “a equipa de técnicos do internamento dá-me fármacos em vez de falar comigo”, obteve uma média de 2.94 (DP=1.82; min=1, max=6); o **item 7** – “a equipa de técnicos do internamento interessa-se pela minha pessoa”, obteve uma média de 1.57 (DP=0.63; min=1, max=3); o **item 8** – “quando preciso de falar, a equipa de técnicos do internamento está disponível para mim”, obteve uma média de 1.79 (DP=0.77; min=1, max=3); o **item 9** – “tenho confiança na eficiência da equipa de técnicos do internamento”, obteve uma média de 1.57 (DP=0.63; min=1, max=3); o **item 10** – “sinto que a equipa de técnicos do internamento entende de que modo a doença me afecta”, obteve uma média de 2.0 (DP=1.09; min=1, max=10); o **item 11** – “sinto que a equipa de técnicos do internamento me trata com respeito”, obteve uma média de 1.44 (DP=0.67; min=1, max=3); o **item 12** – “penso que as actividades na enfermaria são adequadas às minhas necessidades”, obteve uma média de 1.82 (DP=0.97; min=1, max=6); o **item 13** – “acho útil o contacto individualizado com os técnicos do internamento”, obteve uma média de 1.65 (DP=0.76; min=1, max=5); **item 14** – “na enfermaria é fácil manter contacto com familiares e amigos”, obteve uma média de 1.95 (DP=1.21; min=1, max=6); **item 15** – “sinto-me seguro(a) na enfermaria”, obteve uma média de 1.55 (DP=0.67; min=1, max=4); **item 16** – “acho que a equipa de técnicos do internamento reage bem quando toca o alarme de pânico”, obteve uma média de 1.52 (DP=0.72; min=1, max=5); **item 17** – “acho que a equipa de técnicos do internamento reage bem quando lhes digo que estou em crise”, obteve uma média de 1.74 (DP=0.98; min=1, max=6); **item 18** – “posso seguir o meu culto religioso durante a minha permanência no hospital”, obteve uma média de 1.48 (DP=0.85; min=1, max=6); e finalmente o **item 19** – “acho que a equipa de técnicos do internamento respeita a minha origem étnica”, obteve uma média de 1.39 (DP=0.54; min=1, max=3).

Tabela 3. Estatística descritiva dos itens e correlação item-total (n=85)

Item	Média	DP	r item-total
1	1.46	0.79	.662
2	1.89	1.12	.342
3	1.40	1.03	.219
4	1.60	0.83	.526
5	1.90	1.05	.608
6 (item invertido)	2.94	1.82	.164

7	1.57	0.63	.673
8	1.79	0.77	.610
9	1.57	0.63	.638
10	2.0	1.09	.622
11	1.44	0.67	.706
12	1.82	0.97	.575
13	1.65	0.76	.455
14	1.95	1.21	.450
15	1.55	0.67	.672
16	1.52	0.72	.624
17	1.74	0.98	.437
18	1.48	0.85	.653
19	1.39	0.54	.591

3.3 Impacto das variáveis sociodemográficas na satisfação

A idade dos participantes foi negativamente correlacionada com a pontuação do VOICE.P ($r = -0,28$, $p = 0,11$). Níveis mais altos de satisfação estão associados a utentes mais velhos.

O nível socioeconómico não foi associado à pontuação do VOICE.P ($r_s = -0,98$, $p = 0,38$).

Os utentes que eram casados ou mantinham uma relação afetiva atual ($n = 45$) apresentaram pontuações inferiores no VOICE.P - níveis mais elevados de satisfação ($M = 29,76$, $DP = 8,61$), quando comparados com as participantes solteiras, separadas / divorciadas ou viúvas participantes ($n = 38$) ($M = 35,76$; $DP = 10,48$), $t(81) = -2,87$, $p = 0,005$.

3.4 Impacto das variáveis clínicas na satisfação

Os utentes com diagnóstico de ansiedade / depressão ($n=43$) apresentaram pontuação mais baixas no VOICE.P - níveis mais elevados de satisfação ($M = 30,40$, $DP=7,80$), quando comparados com os utentes com diagnóstico de psicose, perturbação bipolar ou perturbação de personalidade ($n=33$) ($M=35,39$; $DP=11,79$), $t(74) = 2,22$, $p = 0,029$.

Outras variáveis clínicas, nomeadamente consultas de psiquiatria nos últimos 12 meses, tempo do atual internamento, outros internamentos em psiquiatria nos últimos 12 meses, se são acompanhados pelo mesmo médico que os segue em consulta de ambulatório, tipo de internamento (compulsivo/voluntário), se fez medicação injetável em SOS e se fez medicação *dépôt*, tipo de suporte recebido durante o internamento (psicoterapia, terapia ocupacional) e se teve autorização

para ter visitas desde o primeiro dia - não foram relacionados a diferenças na satisfação avaliadas pelo VOICE.P.

Tabela 4. Diferenças no score do VOICE.P em função de variáveis clínicas (teste-t para amostras independentes)

Variável		n	M	DP	t	p
Consultas psiquiatria últimos 12 meses	Sim	65	32.45	8.29	-0.76	0.940
	Não	18	32.72	14.69		
Outros internamentos em psiquiatria últimos 12 meses	Sim	32	34.00	8.38	0.28	0.280
	Não	51	31.57	10.75		
Médico do internamento é o mesmo do ambulatório	Sim	65	32.45	8.29	-0.76	0.940
	Não	18	32.72	14.69		
Tipo de internamento	Voluntário	73	31,40	8,32	-1.77	0.108
	Compulsivo	10	40,60	16,14		
Fez medicação injetável em SOS por agitação	Sim	8	42,25	16,65	1.81	0.110
	Não	73	31,42	8,46		
Fez medicação <i>dépôt</i>	Sim	5	36,20	4,15	0.86	0.394
	Não	76	32,25	10,20		
Fez psicoterapia	Sim	16	34,44	10,25	0.87	0.387
	Não	65	32,02	9,91		
Participou em atividades de terapia ocupacional	Sim	61	33,38	10,69	1.34	0.184
	Não	22	30,09	7,01		
Permissão para visitas desde início do internamento	Sim	27	33,70	12,52	0.70	0.484
	Não	55	32,05	8,48		

PARTE III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

DISCUSSÃO

O estudo psicométrico do VOICE.P permite concluir a sua adequabilidade para utilização no contexto português. Em concreto, a avaliação da consistência interna (alpha de Cronbach e correlação item-total) aponta para elevados níveis de fidelidade, semelhantes aos obtidos pelos autores da versão original deste instrumento (Evans et al., 2012). Para além disso, a avaliação da estabilidade temporal deste instrumento (fidelidade teste-reteste), embora sendo menos favorável que os reportados pelos autores do instrumento, permite corroborar a avaliação positiva da fidelidade da medida. Importa salientar que a fase de reteste não seguiu o mesmo procedimento do estudo original, por constrangimentos operacionais. No estudo original tanto o teste como o reteste foram feitos no internamento com um intervalo de 6 a 10 dias. No presente estudo, o teste foi feito no internamento e o reteste em casa, tal como explicado anteriormente. Assim, para além de terem realizado ao dois inquéritos em locais diferentes (hospital vs⁸ casa), fizeram-no com um intervalo temporal por vezes superior a 10 dias, embora não excedendo as 5 semanas, tendo com isso condicionado o resultado apresentado.

A versão em Português do VOICE conseguiu distinguir algumas diferenças nas opiniões em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, nomeadamente nos utentes mais velhos e naqueles que estavam casados ou envolvidos numa relação afetiva, os quais apresentaram níveis mais elevados de satisfação. Em vários estudos realizados em diferentes contextos, utentes mais velhos, independentemente do sexo e com diferentes patologias, apresentaram maiores níveis de satisfação com o atendimento (WHO, 2008; Young, Metereko & Desai, 2000; Kressin, Skinner & Sullivan, 1999). Não é de prever que os utentes mais velhos sejam mais bem tratados do que os mais jovens, para que se possa explicar uma tendência relacionada com a idade. Esta diferença possivelmente representa

⁸ Tal como já referido neste trabalho, o tempo adequado de administração do questionário ainda é objeto de debate, com alguns autores sugerindo que os instrumentos devem ser administrados antes da alta, especialmente para evitar baixas taxas de resposta, como ocorreu no presente estudo. No entanto, outros argumentam que o nível de satisfação é sobrestimado em questionários preenchidos antes da alta, em comparação com aqueles concluídos em casa (Kinnersley et al., 1996).

alguma diferença de atitudes numa geração menos habituada a ter um papel ativo na avaliação dos seus cuidados, aceitando melhor as condições existentes e tendo, à partida, expectativas mais baixas.

Quanto ao estado civil, foram encontrados resultados semelhantes noutros estudos com amostras maiores (Rosenheck, Wilson & Meterko, 1997). Muito provavelmente a existência de uma relação afetiva contribui para uma maior estabilidade e um aumento da capacidade de adaptação.

O facto de os níveis de satisfação terem diferido entre os dois grupos de diagnósticos (na medida em que os utentes diagnosticados com ansiedade / depressão mostraram níveis mais elevados de satisfação quando comparados aos utentes com diagnóstico de esquizofrenia/psicose, perturbação bipolar ou perturbação de personalidade), leva-nos à questão de como a perceção de utentes em relação às suas necessidades em regime de internamento agudo pode variar com a natureza do seu problema de saúde mental. Não obstante, reconhecemos que o agrupamento de diagnósticos efetuado nesta análise implicou a criação de grupos de relativa heterogeneidade, nomeadamente pela inclusão da perturbação da personalidade no grupo da esquizofrenia/psicose e perturbação bipolar.

Estudos explorando o impacto do diagnóstico no nível de satisfação têm produzido resultados diferentes. Num estudo realizado por Rosenheck, Wilson e Meterko (1997), com uma grande amostra de utentes, os autores descobriram que aqueles com diagnóstico de esquizofrenia relataram níveis mais elevados de satisfação do que aqueles com transtornos psiquiátricos não psicóticos, uma descoberta de alguma forma contrária à verificada neste trabalho. Hackman et al. (2007), por outro lado, agrupando os utentes em uma das duas categorias: esquizofrenia e perturbações do espectro da esquizofrenia, *versus* perturbações do humor, não encontraram diferenças ao nível de satisfação, exceto nas encontradas em utentes com sintomas psicóticos produtivos (medidos pelo total na BPRS) por estarem associados a menor satisfação.

Para um melhor entendimento da possível influência do diagnóstico no nível de satisfação, novos estudos devem ser efetuados, com amostras contendo maior número de participantes, incluindo diferentes patologias e tendo em atenção a severidade dos sintomas.

Uma das diferenças expectáveis atendendo à literatura publicada, diz respeito à satisfação dos utentes em função do carácter voluntário vs. compulsivo do

internamento (Evans et al., 2012), onde os utentes internados compulsivamente apresentavam geralmente menor satisfação quando comparados com os utentes internados voluntariamente. O reduzido número de participantes internados compulsivamente ($n=10$), na amostra deste estudo, poderá justificar a ausência de diferenças entre estes dois grupos.

Neste ponto, tal como em outros, é importante considerar que resultados dos estudos de avaliação da satisfação de utentes, por usarem diferentes instrumentos e indicadores, têm que ser comparados cautelosamente.

Finalmente, o valor médio do VOICE.P obtido na amostra deste estudo ($M=32,51$; $DP=9,92$), sugere satisfação dos participantes com os cuidados prestados, um resultado interessante que merece análise futura.

O facto deste valor médio ser menor quando comparado com o original ($M=55,5$; $DP=19,2$ nos homens e $M=52,5$; $DP=17,8$ nas mulheres), logo maior satisfação, poderá estar relacionado com o diagnóstico, uma vez que na versão original cerca de metade dos utentes padecia de esquizofrenia, enquanto que na versão Portuguesa cerca de 50% dos utentes tinha o diagnóstico de ansiedade ou depressão.

Entre as limitações do estudo, destacamos a pequena dimensão da amostra, a incidência exclusiva no sexo feminino e o facto de o trabalho ter sido conduzido somente numa unidade de internamento, aspetos que condicionam a generalização dos resultados. O tamanho da amostra condicionou também o estudo do impacto das variáveis, tais como o diagnóstico dos participantes (com a necessidade de reuni-los em dois grupos, tal como já foi mencionado) e o tipo de internamento (compulsivo vs voluntário). Igualmente as diferentes condições de resposta no teste e no reteste podem ter condicionado os resultados obtidos na avaliação da estabilidade temporal.

Além disso, e enquanto não se realizarem estudos similares noutros enquadramentos, nenhuma consideração pode ser tomada em relação às características das instalações. As prestações de cuidados em instalações unicamente especializadas em cuidados de saúde mental podem ser diferentes daquelas prestadas em serviços incluídos em hospitais gerais.

Estudos futuros, com recurso a amostras de maior dimensão, devem ser capazes de incluir os diferentes serviços, nas diversas instituições que prestam cuidados em regime de internamento (incluindo instituições que prestem assistência a utentes do sexo masculino). É expectável que a inclusão de amostras de maior dimensão e mais abrangentes do ponto de vista de diagnóstico e de estruturas de tratamento, possibilite uma análise mais fina de diferenças a vários níveis.

Será importante aplicar regularmente instrumentos de avaliação de qualidade e satisfação dos cuidados prestados, generalizando o seu uso e fazendo com que entrem na rotinas dos serviços. Com essa monitorização poderemos comparar unidades, detetar erros e apostar numa melhoria contínua das mesmas. O VOICE.P é um instrumento passível de contribuir para este objetivo.

CONCLUSÕES

Do nosso conhecimento, este é o primeiro instrumento para avaliar a satisfação de utentes de serviços de internamento de agudos em psiquiatria, desenvolvido exclusivamente por estes, que foi validada para o contexto Português. Considerando as boas propriedades psicométricas da versão em Português do VOICE, representa uma contribuição para a promoção da perceção dos utentes na avaliação de internamentos de agudos em psiquiatria. Na verdade, a satisfação dos pacientes com os cuidados de que são alvo, por um lado, e a sua participação no desenvolvimento de políticas, por outro, pode contribuir para prever comportamentos futuros, como a adesão ao tratamento e a predisposição em procurar ajuda em futuras necessidades (Crane-Ross, Lutz & Roth, 2006; WHO, 2001), e muito contribuir para a qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2001).

No entanto, esta contribuição só pode ter verdadeiro impacto se os profissionais e responsáveis políticos aceitarem os pontos de vista dos utentes, considerando-os como parceiros na gestão da sua própria saúde (WHO, 2008) e se forem capazes de estabelecer uma adequada e respeitosa relação com os utentes dentro deste novo e inclusivo paradigma de trabalho (McDaid, 2009).

O estudo da satisfação dos utentes dos serviços de saúde mental é uma área complexa da pesquisa, considerando o número e inter-relações de possíveis fatores determinantes, tanto a nível individual (dados demográficos, clínicos), como em

relação à orgânica e estrutura dos serviços onde os cuidados são prestados.

De destacar que a recente crise económica poderá condicionar alguns aspetos dos serviços prestados e em algumas situações limitar a qualidade dos mesmos e a satisfação global dos utentes.

Num país como Portugal, que passa por uma reforma na assistência psiquiátrica (Caldas de Almeida, 2009), este parece ser o momento certo para discutir o papel dos utentes e considerar as suas opiniões, para que possamos avançar no sentido de uma maior qualidade de serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baider, L., Ever-Hadani, P. & De-Nour, A. K. (1995). The impact of culture on perceptions of patient-physician satisfaction. *Israel Journal of Medical Science*, 31(2-3), 179-85.

Bouman, Y.H., Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A.H. & De Ruiter, C. (2008). Quality of life of male outpatients with personality disorders or psychotic disorders: a comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(5), 279–91. doi: 10.1002/cbm.703

Boyer, L., Baumstarck-Barrau, N., Cano, N., Zendjidian, X., Belzeaux, R., Limousin, S.,...Auquier, P. (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry*, 24, 540-549. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.05.011

Caldas de Almeida, J. M. & Xavier, M. (1995). Evaluation and quality assurance of mental health services. *Acta Médica Portuguesa*, 8(2), 119-31.

Caldas de Almeida, J. M. (2009). Portuguese National Mental Health Plan (2007-2016) Executive Summary. *Mental Health in Family Medicine*, 6(4), 233-44.

Coimbra, V. C., Kantorski, L. P., Oliveira, M. M., Pereira, D. B., Nunes, C. K. & Eslabão, A. D. (2011). Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 45(5), 1150-6.

Crane-Ross, D., Lutz, W. J. & Roth, D. (2006). Consumer and case manager perspectives of service empowerment: Relationship to mental health recovery. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(2), 142–155.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Acção 2007 – 2016*. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Disponível em:

http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELATÓRIOFINAL_ABRIL2007.pdf

Evans, J., Rose, D., Flach, C., Csipke, E., Glossop, H., Mccrone, P., ...Wykes, T. (2012). VOICE: Developing a new measure of service users' perception of inpatient care, using a participatory methodology. *Journal of Mental Health*, 21(1), 57-71. doi:10.3109/09638237.2011.629240

Faulkner, A. (2000): Strategies for Living: A Reporto of User-Led Research into Peoples's Strategies for Living with Mental Distress. *London: Mental Health Foundation*.

Faulkner, A. & Thomas, P. (2002). User-led research and evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 180, 1-3. doi: 10.1192/bjp.180.1.1

Franco, M. J. B. & Florentim, R. J. S. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 21-35.

Gilburt, H., Rose, D., Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8, 92.

Gomes AMA, Moura ERF, Nations MK, Alves MSCF. (2008).Ethnic evaluation of hospital humanization by users of the brazilien unified health system and their mediators. *Rev Esc Enferm USP*. 42(4):635-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a03.pdf

Hackman, A., Brown, C., Yang, Y., Goldberg, R., Kreyenbuhl, J., Lucksted, A., ...Dixon, L. (2007). Consumer satisfaction with inpatient psychiatric treatment among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 43(6), 551-64.

- Hansson, L., Bjorkman, T. & Berglund, I. (1993). What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance Health Care*, 5(1), 41–7.
- Hopkins, J. E., Loeb, S. J. & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 927-937. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., Harvey, I. & Hackett P. (1996). A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family Practice*, 13(1), 41–51.
- Kleintjes, S., Lund, C., Swartz, L., Flisher, A. & The MHAPP Research Programme Consortium. (2010). Mental health care user participation in mental health policy development and implementation in South Africa. *International Review of Psychiatry*, 22(6), 568–577. doi: 10.3109/09540261.2010.536153
- Kressin, N. R., Skinner, K., Sullivan, L., Miller, D. R., Frayne, S., Kazis, L. & Tripp, T. (1999). Patient satisfaction with Department of Veterans Affairs health care: do women differ from men? *Military Medicine*, 64(4): 283-8.
- McDaid, S. (2009). An equality of condition framework for user involvement in mental health policy and planning: Evidence from participatory action research. *Disability & Society*, 24(4), 461–474. doi: 10.1080/0968759090
- Nava, A.S., Sarmiento, C.M. & Gonçalves-Pereira, M. (1996). *Assessment of patient satisfaction in a Portuguese Inpatient Psychiatric Unit*. Apresentado no VII Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology. Santiago de Compostela.
- Rose, D. (2001) *Users's Voices: The Perspective of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Rose, D. (2008a). Madness Strikes Back. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18(6), 638-644. doi: 10.1002/casp.981

- Rose, D., Fleischman, P. & Wykes, T. (2008). What are mental health service users' priorities for research in the UK?. *Journal of Mental Health*, 17(5), 520-530. doi: 10.1080/09638230701878724
- Rose, D. (2008b). Service user produced knowledge. *Journal of mental Health*, 17(5), 447-451. doi: 10.1080/0968230802453682
- Rose, D., Evans, J., Sweeney, A. & Wykes, T. (2011). A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 41-46. doi: 10.3109/09540261.2010.545990
- Rosenheck, R., Wilson, N. J., Meterko, M. (1997). Influence of Patient and Hospital Factors on Consumer Satisfaction With Inpatient Mental Health Treatment. *Psychiatric Services*, 48(12), 1553-1561.
- Silvia, L. & Formigli, V. (1994). Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 80-91. doi: 10.1590/S0102-311X1994000100009
- Storm, M. & Davidson, L. (2010). Inpatients and providers' experiences with user involvement in inpatient care. *Psychiatric Quarterly*, 81, 111-125. doi: 10.1007/s11126-009-9122-6
- Storm, M., Hausken, K. & Mikkelsen, A. (2010). User involvement in in-patient mental health services: operationalization, empirical testing, and validation. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1987-1907. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03036.x
- Strauss, J., Zervaskis, J., Stechuchak, K., Olsen, M., Swanson, J.,..., Oddone, E. (2013). Adverse Impact of Coercive Treatments on Psychiatric Inpatient's Satisfaction with Care. *Community Ment Health J*, 49, 457-465.
- Trivedi, P. & Wykes, T. (2002). From passive subjects to equal partners: Qualitative review of user involvement in research. *British Journal of Psychiatry*, 181, 468-472. doi: 10.1192/bjp.181.6.468
- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, 39(3), 507-14.

United Nations (s/d). *Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol*. Disponível em:

<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Walsh, J. & Boyle, J. (2009). Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences. A user-led piece of research as a means to empowerment. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(1), 31–38. doi: 10.1080/01612840802500733

World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

World Health Organization (2003). *Quality improvement for mental health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2008). *The world health report 2008. Primary health care: Now more than ever*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>

WHO Health Organization (2012). *Quality Rights Tool Kit*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1.

Wykes, T. & Carroll, S. (1993). Patient Satisfaction with intensive care psychiatric services: can it be assessed?. *Journal of Mental Health*, 2(4), 339-347.

Young, G. J., Metereko, M., Desai, K.R. (2000). Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. *Medical Care*, 38(3), 325-34.

Page 2	
THIS AGREEMENT is made on the 25 th day of Aug 2011 (" Effective Date ")	
BETWEEN:	
(1)	King's College London , a university incorporated by royal charter whose registered office is at the Strand, London, WC2R 2LS (" King's "); and
(2)	ENCONTRARSE – ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PESSOAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE , a Portuguese NGO recognised as having public interest in health matters, whose registered office is at R. Henrique Lopes de Mendonça, nº 253 Ap.22, 4150-396 Porto - Portugal (the " Licensee ").
BACKGROUND	
(A)	The Creator has developed the Tool relating to VOICE (Views on Inpatient Care), a patient reported outcome measure of perceptions of acute care and King's is the owner of the Intellectual Property Rights in the Tool.
(B)	The Licensee wishes to use the Tool for the Permitted Purpose.
(C)	King's wishes to grant, and the Licensee wishes to take a licence under the Intellectual Property Rights in the Tool on the terms set out in this agreement.
OPERATIVE PROVISIONS	
1.	Interpretation
1.1.	In this agreement the following defined terms have the meanings set out below:
2.	Confidential Information means the Tool and any information of a confidential or proprietary nature disclosed by King's in any form or medium to the Licensee in connection with this agreement;
2.1.	Subject to the terms of this agreement, King's hereby grants to the Licensee, under a non-exclusive, worldwide licence, without the right to sub-license, under Intellectual Property Rights, the Tool for the Permitted Purpose (the " License ").
	Creator means Dr Csikpe Emese;
2.1.	Intellectual Property Rights means patents, copyright and related rights, trade marks, trade names and domain names, rights in designs, rights in computer software, database rights, rights in confidential information (including know-how) and any other intellectual property rights, in each case whether registered or unregistered and including all applications (or rights to apply) for, and renewals or extensions of, such rights and all similar or equivalent rights or forms of protection which subsist or will subsist now or in the future in any part of the world and in each case, which are owned by King's and which King's has the right to license on the terms of this agreement;
2.3.	The Licensee will not:
2.3.1.	use the Tool for any purpose other than the Permitted Purpose;
2.3.2.	use the Tool for any purpose other than the Permitted Purpose;
2.3.3.	use the Tool for any purpose other than the Permitted Purpose;
2.3.4.	use the Tool for any purpose other than the Permitted Purpose;
	Licence has the meaning set out in clause 2.1;
	Permitted Purpose means the purpose of internal, non-commercial research and teaching including clinical research but excluding clinical use for the diagnosis or treatment of people;
2.4.	If the Licensee wishes to use the Tool or any part of the Tool or otherwise refer to the Tool in any Publication, (i) the Licensee will acknowledge King's and
1883531/1	

Publish

means any non-confidential disclosure to a third party by written description, including, without limitation, by the submission of abstracts, papers, poster presentations or other materials at conferences or seminars, in journals or in any other circumstances or by any other means, and the term "Publication" is to be construed accordingly;

Term

means one (1) year; and

Tool

means the Materials described in Schedule 1.

1.2. In this agreement, unless the context otherwise requires:

- 1.2.1. words in the singular shall include the plural and in the plural include the singular;
- 1.2.2. a reference to writing or written includes faxes but not e-mail;
- 1.2.3. clause, schedule and paragraph headings will not affect the interpretation of this agreement; and
- 1.2.4. any words following the terms "including", "include", "in particular" or any similar expression shall be construed as illustrative and shall not limit the sense of the words, description, definition, phrase or term preceding those terms.

2. **Grant of Rights**

- 2.1. Subject to the terms of this agreement, King's grants the Licensee a non-exclusive, worldwide licence for the Term, without the right to sub-licence, under the Intellectual Property Rights in the Tool to use the Tool for the Permitted Purpose (the "**Licence**").
- 2.2. King's will provide the Licensee with the Tool within thirty (30) days after the Effective Date. Such provision will be at the cost and expense of the Licensee.
- 2.3. The Licensee will not:
 - 2.3.1. use the Tool for any purpose other than the Permitted Purpose;
 - 2.3.2. use the Tool in connection with diagnostic or therapeutic decision making;
 - 2.3.3. use the Tool for any commercial purpose including (without limitation) to provide any product or service (whether or not for profit);
 - 2.3.4. use the Tool in collaboration with any third party, whether of a commercial nature or otherwise; nor
 - 2.3.5. Publish the Tool or any part of the Tool to otherwise refer to the Tool in any Publication unless the Licensee has complied with clause 2.4.
- 2.4. If the Licensee wishes to Publish the Tool or any part of the Tool or otherwise refer to the Tool in any Publication, (i) the Licensee will acknowledge King's and

the Creator in a form acceptable to King's and (ii) the Licensee will supply a copy of any Publication to King's.

- 2.5. The Licensee will not make any statement or representation to any third party, either written or oral, that represents or implies that King's has tested, approved or otherwise endorses the Tool or its use.
- 2.6. King's reserves all rights of every kind and nature except those specifically granted to Licensee herein. The Tool and the Intellectual Property Rights in the Tool are and will remain, as between the parties, the sole property of King's.

3. Warranties and Representations

- 3.1. The Tool is provided "as is" and except as expressly stated in this clause 4, no representations, warranties, or undertakings whatsoever are made or given by or on behalf of King's or its officers, employees or agents in relation to it. The Licensee acknowledges that, in entering into this agreement, it does not do so in reliance on any representation, warranty or other provision except as expressly provided in this agreement.
- 3.2. All representations and warranties whether express or implied and whether arising by operation of law or otherwise are hereby expressly excluded, including, but not limited to, any representations or warranties to the effect that:
 - 3.2.1. use of the Tool will provide any specific results;
 - 3.2.2. the Tool is of satisfactory quality or suitable for any particular purpose;
 - 3.2.3. the Tool is free from errors or omissions; or
 - 3.2.4. the use of the Tool or the exercise of any rights granted under this agreement will not infringe the intellectual property or other rights of any other person.
- 3.3. The Licensee acknowledges that:
 - 3.3.1. the Tool is the result of academic research and is experimental in nature;
 - 3.3.2. the Tool has not been considered, reviewed, or approved by any legal or regulatory body including, without limitation, the Food and Drug Administration, the European Medicines Agency and any other agency in relation to medical advice, diagnosis or treatment to a person; and
 - 3.3.3. use of the Tool may require the Licensee to obtain a licence under third party rights to avoid infringement of such third party rights.

4. Liability and Indemnity

- 4.1. The Licensee undertakes to make no claim against any employee, student, agent or contractor of King's which seeks to enforce against any of them any liability whatsoever in connection with this agreement or the Tool.
- 4.2. Subject to clause 5.5, the liability of King's to the Licensee for any negligence, breach of this agreement or arising in any other way out of the subject matter of this agreement or the Tool is limited to the maximum extent permitted by law.

- 4.3. Without limitation of the foregoing, King's will not be liable for any indirect or consequential loss or damage arising from breach of this agreement, negligence or in any other way.
 - 4.4. Subject to clause 5.5, in no event will the liability of King's under this agreement exceed the Fee.
 - 4.5. Nothing in this agreement will limit or exclude the liability of either party for death or personal injury resulting from its negligence, or for liability for fraud, or for any other liability that cannot, by law, be limited or excluded.
 - 4.6. The Licensee will indemnify and hold harmless King's and its trustees, officers, employees, students, agents and contractors (the "Indemnitees") against any and all costs, damages, losses, and liabilities (including legal costs) whatsoever which may be suffered or incurred by any of the Indemnitees in connection with any claims, demands, actions or other proceedings made or brought against any of the Indemnitees by any third party in connection with the exercise of any rights under this agreement by the Licensee or its officers, employees, students, agents, or contractors.
5. **Confidentiality**
- 5.1. Neither party will, in any Publications or other materials:
 - 5.1.1. identify the other; or
 - 5.1.2. use the name, trademark, logo or symbol of the other; or
 - 5.1.3. use the name of any of the other party's officers, employees, students, agents or contractors;without the prior written consent of the other party.
 - 5.2. The Licensee agrees:
 - 5.2.1. to keep the Confidential Information in strict confidence and take all reasonable precautions to prevent the unauthorised disclosure of it to any third party;
 - 5.2.2. not to disclose any of the Confidential Information in whole or in part to any third party without the prior written consent of King's or as otherwise expressly permitted by any other clause of this agreement; and
 - 5.2.3. not to use the Confidential Information for any purpose other than the Permitted Purpose without the prior written consent of King's.
 - 5.3. The Licensee may only disclose the Confidential Information to such of its directors, officers, and employees who reasonably require access to it for the Permitted Purpose, provided that before any Confidential Information is disclosed to them they are made aware of its confidential nature and they are under a legally-binding obligation to the Licensee to treat the Confidential Information in the strictest confidence in accordance with the terms of this agreement. The Licensee will be liable to King's for any disclosure or misuse of the Confidential Information by the directors, officers, or employees of King's.

- 5.4. The obligations of confidence and non-use set out in clause 6.2 will not apply to any Confidential Information that the Licensee can show by reference to written records:
- 5.4.1. was, at the time of disclosure to the Licensee, published, known publicly or otherwise in the public domain;
 - 5.4.2. is, after disclosure to the Licensee, published or becomes known publicly or otherwise becomes part of the public domain, through no fault of the Licensee or any of its directors, officers, or employees;
 - 5.4.3. was, prior to the time of disclosure to the Licensee, known to and at the free disposal of the Licensee or any of its directors, officers, or employees; or
 - 5.4.4. is, at any time, disclosed to the Licensee or any of its directors, officers, or employees by a third party in circumstances in which the Licensee has no reason to believe that there has been a breach of an obligation of confidence owed to King's.
- 5.5. The Licensee will not be in breach of its obligations under clause 6.2 to the extent that it is required to disclose any Confidential Information under any law or by or to a court or other public or regulatory body that has jurisdiction over it, provided that the Licensee (i) gives King's reasonable written notice of the requirement prior to disclosing any of the Confidential Information; (ii) takes all reasonable measures to ensure the continued confidentiality of any Confidential Information so disclosed; (iii) reasonably cooperates with efforts of King's to secure the continued confidentiality of the Confidential Information; and (iv) discloses only the minimum amount of Confidential Information necessary to comply with the requirement.
6. **Termination**
- 6.1. Either party may terminate this agreement upon 3 months prior written notice to the other.
- 6.2. Without prejudice to any other right or remedy it may have, either party may terminate this agreement with immediate effect by giving notice in writing to the other if:
- 6.2.1. the other commits a material breach of this agreement and (if such breach is remediable) fails to remedy that breach within a period of 30 days after receipt of notice in writing requiring it to do so; or
 - 6.2.2. the other becomes insolvent, or if an order is made or a resolution is passed for its winding up (except voluntarily for the purpose of solvent amalgamation or reconstruction), or if an administrator, administrative receiver or receiver is appointed over the whole or any part of the other party's assets, or if the other party makes any arrangement with its creditors or ceases to carry on business or does or suffers any similar or analogous act existing under the laws of any country.
- 6.3. Upon termination of this agreement for any reason:
- 6.3.1. no part of the Fee will be refundable by King's to the Licensee;

- 6.3.2. the Licensee will no longer be licensed to use or otherwise exploit in any way, directly or indirectly, the Tool;
- 6.3.3. the Licensee will return to King's, or at the option of King's destroy, the Confidential Information and all copies of it in its possession or control and will delete all copies of the same from all of its computer systems and electronic storage media.
- 6.4. Termination of this agreement will be without prejudice to the rights of either party against the other which may have accrued prior to or on the date of such termination. Clauses 1, 2.4, 2.5, 2.6, 4, 5, 6, 7.3, 7.4 and 8 shall survive termination of this agreement.

7. General

- 7.1. Amendment. This agreement may only be amended in writing signed by duly authorised representatives of King's and the Licensee.
- 7.2. Assignment. The Licensee may not assign, mortgage, charge or otherwise transfer any rights or obligations under this agreement without the prior written consent of King's.
- 7.3. Waiver. No failure or delay on the part of King's to exercise any right or remedy under this agreement shall be construed or operate as a waiver thereof, nor shall any single or partial exercise of any right or remedy preclude the further exercise of such right or remedy.
- 7.4. Invalid clauses. If any provision or part of this agreement is held to be invalid, amendments to this agreement may be made by the addition or deletion of wording as appropriate to remove the invalid part or provision but other wise retain the provision and the other provisions of this agreement to the maximum extent permissible under applicable law.
- 7.5. No Agency. Nothing in this agreement creates, implies or evidences any partnership or joint venture between the parties, or the relationship between them of principal and agent. Neither party has any authority to make any representation or commitment, or to incur any liability, on behalf of the other.
- 7.6. Notices. Any notice or consent to be given under this agreement must be in writing, delivered to the other party by any of the methods set out in the left hand column below, and will be deemed to be received on the corresponding day set out in the right hand column:

Method of Service	Deemed day of receipt
By hand or courier	the day of delivery
By pre-paid first class post	the second business day after posting
By recorded delivery post	the next business day after posting
By fax (provided the sender's fax machine confirms complete and error-free transmission of that notice to the correct fax number)	the next business day after sending, or if sent before 16.00 (sender's local time) on the business day it was sent

The parties' respective representatives for the receipt of notices are, until changed by notice given in accordance with this clause, as follows:

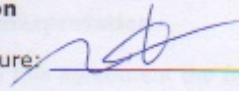
For King's	For the Licensee
Name: Dr David Michael Shaw	Name: Filipa Palha

Address: Capital House, 42 Weston street
Fax number: 0044 20 7848 3193

Address: Apartado 10079, Foz do Douro
4151-901 Porto
Email: encontrarse.pt@gmail.com

- 7.7. Entire agreement. This agreement sets out the entire agreement between the parties relating to its subject matter and supersedes all prior oral or written agreements, arrangements or understandings between them relating to such subject matter.
- 7.8. Third parties. No term of this agreement is enforceable under the Contracts (Rights of Third parties Act) 1999 by a person who is not a party to this agreement.
- 7.9. Law and Jurisdiction. The validity, construction and performance of this agreement shall be governed by and construed in accordance with English law and shall be subject to the exclusive jurisdiction of the English courts except that either party may bring proceedings for an injunction in any jurisdiction.

SIGNED by the authorised representatives of the parties on the date set out at the head of this agreement:

For and on behalf of King's College London	For and on behalf of ENCONTRARSE
Signature: 	Signature: _____
Name: <u>Mike Shaw, PhD</u>	Name: Filipa Palha
Title: <u>Commercial Director</u> <u>King's College London Business Ltd.</u> <u>For and on behalf of King's College London</u>	Title: BA (Hons) in Psychology; MSc in Psychological Counselling President of Board of Directors of ENCONTRARSE

SCHEDULE 1

Materials

VOICE (Views on Inpatient Care) is a patient reported outcome measure of perceptions of acute care. It provides a final total score, with a higher score indicating a more negative perception. Service users were involved throughout the research process to generate the questionnaire. VOICE encompasses the issues that service users consider most important and has strong psychometric properties. VOICE is easy to understand and complete and therefore is suitable for use by service users whilst in psychiatric hospital.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética da Casa de Saúde do Bom Jesus, reunida no dia 20 de Junho de 2012, deu parecer positivo aos pedidos de estudo "Voice-brief self-report questionnaire measuring services user's perceptions of acute care (validação da versão portuguesa)" e "Estudo observacional de coorte para validar a segurança da agomelatina em doentes com depressão no âmbito da prática clínica habitual, apresentados pelo Dr. João de Almeida Santos Pacheco Palha, médico da Casa de Saúde.

O estudo será desenvolvido no âmbito do mestrado – Internacional Master in Mental Health policy and Services, organizado pela Who e a Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, e aplicado aos doentes na Casa de Saúde do Bom Jesus.

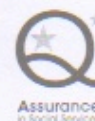
Braga, 26 de Junho de 2012

O Presidente

Dr. António Guimarães

Mod. 113.2

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Rua Dr. António Alves Palha n.º 2 - Nogueiró, 4715-308 Braga
Telf.: (+351) 253 203 000 - Fax: (+351) 253 203 009
www.irmashospitaleiras.pt/csbj



CONSENTIMENTO INFORMADO

Projecto: *VOICE*

ID: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Morada: _____

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada sobre este projecto, bem como em que consiste a minha participação no mesmo:

Responder a um questionário de auto-avaliação da experiência subjetiva que tive/tenho sobre os cuidados recebidos nesta unidade de saúde (VOICE), bem como a um questionário com informações sociodemográficas e clínicas.

Foi-me assegurado que estes dados (respostas aos questionários) são totalmente anónimos e confidenciais.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recusar a todo o tempo a minha participação no projecto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto participar neste projecto.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

VOICE

Views On Inpatient Care

Service Users' Perceptions Questionnaire

Developed through the PERCEIVE programme (NIHR)
www.perceive.iop.kcl.ac.uk

CONFIDENTIAL

**Your answers on this questionnaire will be confidential
and will not be shown to any of the staff on this ward.**

**Please give answers based on your experiences
on this ward.**

We know that individual staff can vary, but try to
think about the majority of staff and come up with
an average answer.

Please tick one answer per question.



© 2010 King's College London

RIGHTS LINK
Copyright Clearance Center

ADMISSION

1 I was made to feel welcome when I arrived on this ward.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

Any comments

CARE AND TREATMENT

2 I have a say in my care and treatment.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

3 Ward rounds are useful for me.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

Any comments

MEDICATION

4 I feel my medication helps me.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

© 2010 King's College London

5 I have the opportunity to discuss my medication and side effects.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

6 Staff give me medication instead of talking to me.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

Any comments

STAFF

7 Staff take an interest in me.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

8 Staff are available to talk to when I need them.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

9 I trust the staff to do a good job.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

© 2010 King's College London

10 I feel that staff understand how my illness affects me.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

11 I feel that staff treat me with respect.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

Any comments

THERAPY AND ACTIVITIES

12 I think the activities on the ward meet my needs.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

13 I find one-to-one time with staff useful.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

Any comments

© 2010 King's College London

ENVIRONMENT

14 I find it easy to keep in contact with family and friends when I'm on the ward.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

15 I feel safe on the ward.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

16 I feel staff respond well when the panic alarm goes off.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

17 I feel staff respond well when I tell them I'm in crisis.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

Any comments

DIVERSITY

18 I feel able to practice my religion whilst I'm in hospital.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

19 I think staff respect my ethnic background.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strongly Agree	Agree	Slightly Agree	Slightly Disagree	Disagree	Strongly Disagree

Any comments

Opiniões sobre os cuidados clínicos - VOICE

Questionário sobre as perspectivas dos utentes do serviço

Desenvolvido pelo programa PERCEIVE (NIHR)

As respostas a este questionário são confidenciais e não serão facultadas a nenhum pessoal desta enfermaria.

Responda por favor de acordo com as suas experiências nesta enfermaria.

Sabemos que a equipa de técnicos do internamento vai mudando, mas tente pensar neles como um todo e responda nessa perspectiva.

Por favor assinale uma resposta por pergunta.

Data: ____/____/____; ID: _____

ADMISSÃO

- 1 Tudo foi feito para que me sentisse bem-recebido(a) quando cheguei a esta enfermaria.**

O O O O O O

Concordo
Inteiramente

Concordo

Concordo
parcialmente

Discordo
parcialmente

Discordo

Discordo
inteiramente

Comentários:

CUIDADOS E TRATAMENTO

- 2 A minha opinião influencia os meus cuidados e tratamentos.**

O O O O O O

Concordo
Inteiramente

Concordo

Concordo
parcialmente

Discordo
parcialmente

Discordo

Discordo
inteiramente

- 3 Durante o internamento a consulta com o meu médico psiquiatra é útil para mim.**

O O O O O O

Concordo
Inteiramente

Concordo

Concordo
parcialmente

Discordo
parcialmente

Discordo

Discordo
inteiramente

Comentários:

MEDICAÇÃO

- 4 Sinto que a medicação me ajuda.**

O O O O O O

Concordo
Inteiramente

Concordo

Concordo
parcialmente

Discordo
parcialmente

Discordo

Discordo
inteiramente

5 Tenho a possibilidade de falar sobre a minha medicação e os efeitos secundários .

O O O O O O

Concordo Concordo Concordo Discordo Discordo Discordo
Inteiramente parcialmente parcialmente inteiramente

6 A equipa de técnicos do internamento dá-me medicamentos em vez de falar comigo.

O O O O O O

Concordo Concordo Concordo Discordo Discordo Discordo
Inteiramente parcialmente parcialmente inteiramente

Comentários:

A equipa de técnicos do internamento

7 A equipa de técnicos do internamento interessa-se pela minha pessoa.

O O O O O O

Concordo Concordo Concordo Discordo Discordo Discordo
Inteiramente parcialmente parcialmente inteiramente

8 Quando preciso de falar, a equipa de técnicos do internamento está disponível para mim.

O O O O O O

Concordo Concordo Concordo Discordo Discordo Discordo
Inteiramente parcialmente parcialmente inteiramente

9 Tenho confiança na eficiência da equipa de técnicos do internamento.

O O O O O O

Concordo Concordo Concordo Discordo Discordo Discordo
Inteiramente parcialmente parcialmente inteiramente

10 Sinto que a equipa de técnicos do internamento entende de que modo a doença me afecta.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concordo Inteiramente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo inteiramente

11 Sinto que a equipa de técnicos do internamento me trata com respeito.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concordo Inteiramente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo inteiramente

Comentários:

TERAPIA E ACTIVIDADES

12 Penso que as atividades na enfermaria são adequadas às minhas necessidades .

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concordo Inteiramente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo inteiramente

13 Acho útil o tempo de contacto face-a-face com os técnicos do internamento?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concordo Inteiramente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo	Discordo inteiramente

Comentários:

AMBIENTE

14 Na enfermaria é fácil manter contacto com os meus familiares e amigos.

O O O O O O

Concordo
Inteiramente

Concordo

Concordo
parcialmente

Discordo
parcialmente

Discordo

Discordo
inteiramente

15 Sinto-me seguro(a) na enfermaria.

O O O O O O

Concordo
Inteiramente

Concordo

Concordo
parcialmente

Discordo
parcialmente

Discordo

Discordo
inteiramente

16 Acho que a equipa de técnicos do internamento reage bem em situações de emergência.

O O O O O O

Concordo
Inteiramente

Concordo

Concordo
parcialmente

Discordo
parcialmente

Discordo

Discordo
inteiramente

17 Acho que a equipa de técnicos do internamento reage bem quando lhes digo que estou em crise.

O O O O O O

Concordo
Inteiramente

Concordo

Concordo
parcialmente

Discordo
parcialmente

Discordo

Discordo
inteiramente

Comentários:

DIFERENÇAS

18 Sinto que posso praticar a minha religião durante a minha permanência no hospital.

O O O O O O

Concordo Concordo Concordo Discordo Discordo Discordo
Inteiramente parcialmente parcialmente parcialmente inteiramente

19 Acho que a equipa de técnicos do internamento respeita a minha origem étnica.

O O O O O O

Concordo Concordo Concordo Discordo Discordo Discordo
Inteiramente parcialmente parcialmente parcialmente inteiramente

Comentários:

Estudo VOICE

Inquérito Sociodemográfico e Clínico

Casa de Saúde de Bom Jesus

Data: ____/____/____; ID: _____

1. Género: mulher ☐ homem ☐
2. Raça: caucasiana ☐ negra ☐ outra _____
3. Idade: _____; Data de nascimento: ____/____/____
4. Estado civil: casado(a)/junto ☐ separado/divorciado(a) ☐ viúvo(a) ☐ solteiro(a),
com relação afetiva atual ☐ solteiro(a), sem relação afetiva atual ☐
5. Número de pessoas do agregado familiar (que vivem na mesma casa): _____
6. Situação profissional – no ativo ☐ desemprego, com subsidio desemprego ☐
desemprego, sem subsidio desemprego ☐ baixa ☐ (há quantos meses: _____)
estudante ☐ reformado(a) ☐ outro ☐
7. Nível Profissional

Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias segundo a profissão do pai. Se a mãe exerce uma profissão de nível mais elevado que a do pai, neste caso, servirá de base para a classificação.

1. Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente;
2. Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, técnicos e comerciantes;
3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras;
4. Ensino primário completo, motoristas, polícias, cozinheiros, etc. (operários especializados);
5. Jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc. (trabalhadores manuais ou operários não especializados).

8. O Nível de Instrução

As categorias são as seguintes:

1. Ensino Universitário ou equivalente (+ de 12 anos de estudo);
2. Ensino Médio ou Técnico Superior (10 a 11 anos de estudo);
3. Ensino Médio ou Técnico Inferior (8^a 9 anos de estudo);
4. Ensino Primário completo (6 anos de estudo);
5. Ensino Primário incompleto ou nulo.

9. Fontes de Rendimento Familiar

Segundo a principal fonte de rendimento da família, adoptam-se as cinco categorias seguintes:

1. A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida;
2. Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.;
3. Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário;
4. Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa;
5. O indivíduo ou família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

10. Conforto do Alojamento

Trata-se de dar uma impressão de conjunto, ainda que um pouco subjectiva.

Estabelecem-se cinco categorias:

1. Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto;
2. Casa intermédia - casas ou andares que sem serem luxuosos como os da categoria precedente são, não obstante, espaçosas e confortáveis;
3. Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa-de-banho;
4. Categoria intermédia entre três e cinco;
5. Alojamentos impróprios para uma vida decente, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

11. Zona Residencial

1. Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou dos alugueres são elevados;
2. Bairro residencial bom, de ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas;
3. Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável;
4. Bairro operário populosos, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc.;
5. Bairro de latas.

12. Diagnóstico ICD-X: _____

13. Ano do início do acompanhamento por psiquiatria: _____

14. Teve consultas de psiquiatria nos últimos 12M – sim ☐ não ☐; Quantas: _____

15. Teve outros internamentos em psiquiatria nos últimos 12 meses - sim ☐ não ☐

Quantos? _____

16. Há quantos meses/anos foi o último internamento em psiquiatria? _____

17. Há quanto tempo está internado(a) (em dias): _____

18. O médico que o(a) acompanhou no internamento é o mesmo que o(a) acompanha em consulta de rotina? _____

18. Internamento – voluntário ☐ compulsivo ☐

19. Fez medicação injectável, em sos, por agitação - sim ☐ não ☐

20. Faz medicação depot - sim ☐ não ☐

21. Fez psicoterapia - sim ☐ não ☐

22. Participou em atividades de terapia ocupacional - sim ☐ não ☐

23. Teve permissão para ter visitas desde o 1º dia do internamento - sim ☐ não ☐